FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE 1972

N° 76

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D' ETAT

par

VINH Tho- Son
Né le 28 Juin 1944 à HUE (Sud VIETNAM)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ETUDES SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE EN CHIRURGIE A L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS (DE JANVIER 1969 A FIN JUIN 1971)

PRESIDENT : Monsieur G. CERBONNET Professeur

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE 1972 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D' ETAT

par

VINH Tho- Son
Né le 28 Juin 1944 à HUE (Sud VIETNAM)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ETUDES SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE EN CHIRURGIE A L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS (DE JANVIER 1969 A FIN JUIN 1971)

PRESIDENT : Monsieur G. CERBONNET Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma femme,

qui a toujours su , avec délicatesse et persévérance,
m'apporter son concours efficace et inestimable,
en toutes circonstances,

A ma fille,

Avec ma constante affection.

A mes parents,

dont je n'oublie pas les sacrifices qu'ils ont pu faire,
pour la réalisation des études de leurs enfants

Avec ma vénération affectueuse.

A Monsieur le Professeur G.CERBONNET,

qui m'a accueilli dans son service durant une année d'Internat
et qui a guidé, avec une fermeté indulgente, mes débuts
en Chirurgie,

Je le remercie de l'enseignement qu'il a bien voulu me donner
et de l'honneur qu'il me fait en présidant ma thèse.

J'exprime toute ma gratitude

à Monsieur le Professeur Agrégé J.CHEVALLIER,

qui m'a proposé le sujet de cette thèse
et m'a offert une aide précieuse pour sa réalisation,

à Monsieur le Professeur Agrégé M.HUGUIER,

qui a su me faire profiter de conseils d'une grande pertinence
et apprécier le goût de la précision, si nécessaire en
matière de Sciences Médicales.

A mes maîtres,

Monsieur le Professeur BINET J.P.,
Monsieur le Professeur CHIGOT P.L.,
Monsieur le Professeur COLDEFY J.M.

et à tous ceux qui m'ont prodigué leur enseignement.

UNIVERSITE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs titulaires

MM.	ANDRE R.	Hématologie	MM.	HUGELIN A.	Physiologie
	BRISSAUD H.	Pédiatrie		LAPLANE R.	Pédiatrie
	BROCARD R.	Médecine		LE LORIER G.	Obstétrique
	CAROLI J.	Médecine		LOEPER J.	Médecine Expérimentale
	CATINAT J.	Cardiologie			Immunologie
	CERBONNET G.	Chirurgie		LOYGUE J.	Chirurgie
	CHERIGIE E.	Radiologie		MAROIS M.	Histologie
	CHIGOT P.L.	Chirurgie Infantile		MERGER R.	Obstétrique
	CONTAMIN F.	Neurologie		MILHAUD G.	Biophysique
	CONTE M.	Médecine		NICK J.	Neurologie
	DAGUET L.	Bactériologie		ORCEL L.	Anatomie Pathologique
	DEBRAY J.	Médecine		PERRAULT M.	Médecine
	FLABEAU F.	Chirurgie		POLONOVSKI C.	Pédiatrie
	GERBEAUX J.	Thérapeutique		POLONOVSKI J.	Biochimie
	GOSSET J.	Chirurgie		RICHET G.	Néphrologie

Professeurs sans chaire

MM.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie	MM.	GOLVAN Y.J.	Parasitologie
	CHALUT J.	Radiologie		LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie		PICARD J.	Biochimie
MM.	DUHAMEL G.	Hématologie		ROUX C.	Embryologie
	GIRARD F.	Physiologie		PIERON R.	Pneumo-Phtysiologie

Maîtres de conférences

MM.	AKOUN G.	Médecine	MM.	HUGUIER M.	Chirurgie
	AMSTUTZ P.	Réanimation		KRULIK M.	Médecine
	APOIL A.	Chirurgie		LASFARGUES G.	Pédiatrie
	ARDAILLOU R.	Physiologie		LAUGIER A.	Radiologie
	BAUX S.	Chirurgie		LEVY V.G.	Médecine
	BOURY G.	Chirurgie		MALAFOSSE M.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie		MENSCH B.	Biophysique
	CHOUARD C.	O.R.L.		MERY J.P.	Néphrologie
	CLOAREC M.	Médecine	Mme	MIGNON F.	Néphrologie
Mme	COMBRISSON A.	Hématologie	MM.	NAJMAN A.	Hématologie
MM.	DAUTRY P.	Chirurgie		NICOLLE M.	Neurologie
	DECROIX G.	Pneumo-Phtysiologie		OPOLON J.	Médecine
	DELIGNE P.	Anesthésiologie		PAQUELIN F.	O.R.L.
	DOYON D.	Radiologie		PISSARO B.	Médecine Préventive
	DRY J.	Médecine		POULET J.	Médecine
	FONTAINE J.L.	Pédiatrie		RAMPINI C.	Biochimie
	FOUET P.	Thérapeutique		RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	GAUTIER H .	Physiologie		ROLAND J.	Anatomie Pathologique
	GRUNER M.	Chirurgie Infantile		SALAT J.	Obstétrique
	GUILMET C.	Anesthésiologie		SALMON C.	Hématologie
	GUIRAUDON G.	Anatomie		SANTARELLI J.	Obstétrique
	HERMAN D.	Médecine		WARGON H.	Médecine Expérimentale
	HUGUET C.	Chirurgie		WEIMANN S.	Biochimie
				WITCHITZ S.	Cardiologie

Enseignants Associés

Professeur Associé	MM. BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M.C.A.	ELIAKIS E.	Médecine Légale

Enseignant Contractuel

M.C.A.	M. KIRSCH F.	Physiologie Biochimique

Chargés d'Enseignement

MM.	BENOIST	Rhumatologie	MM.	DUNET	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie Infantile		LOFFREDO	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie		SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

MM.	CASASSUS	Cardiologie	MM.	HIVET	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique		MIGNOT	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie		SAUVAN	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie		VANNIER	Pneumologie

PLAN D'ETUDE

INTRODUCTION

EXPOSE DES MOTIFS

Reproduction du bulletin diagnostic D_{35}.

MATERIEL ET METHODES D'ETUDES

A- LE SYSTEME E.C.O. (Exploitation Centralisée des Observations Médicales)

1. La centralisation des Archives Médicales de l'Assistance Publique
2. L'intérêt du dossier médical
3. Les structures d'exploitation des dossiers médicaux
   - a- le dépouillement des dossiers
   - b- l'établissement du document de base A441 et son usage (reproduction d'un document de base)
4. L'exploitation actuelle des informations enregistrées
   - a- bordereaux mensuels
   - b- bordereaux semestriels

B- LES DOCUMENTS UTILISES POUR NOTRE ETUDE

1. Leurs caractéristiques
2. Remarques préliminaires
3. Liste des services de Chirurgie concernés (Tableau I) et les constatations qui en découlent.

RESULTATS

1. Reproduction des documents fournis par le S.E.T.I.
2. Différents tableaux, précédés d'un tableau récapitulatif et explicatif

ANALYSE DES RESULTATS

A- ETUDES DE LA MORTALITE

1. Répartition de la mortalité globale en Chirurgie durant une période de 5 semestres
   - a- la répartition
   - b- comparaison avec les statistiques de 1968 de l'INSERM sur la France entière
2. Répartition de la mortalité globale à l'intérieur de quelques groupes de pathologie
   - a- décés par tumeurs

b- décés par maladies digestives

c- décés par maladies cardio-vasculaires

d- décés par complications des actes chirurgicaux et des soins médicaux

3. Evolution de la répartition de la mortalité de quelques groupes de pathologie

a- constatations

b- discussions

4. Pourcentage de décés en Chirurgie.Etude comparative détaillée de la mortalité entre 1969 et 1970.

a- pourcentage de décés en Chirurgie

b- étude comparative détaillée de la mortalité entre 1969 et 1970

B- EVOLUTION DE LA FREQUENCE DES MALADIES ASSOCIEES INVENTORIEES

C- ETUDES DE LA MORBIDITE

1. Répartition de la morbidité en Chirurgie durant une période de 5 semestres

2. Evolution de la répartition de la morbidité de quelques groupes de pathologie

3. Evolution de la morbidité pour différents types d'affections

a- séjours pour agression

b- traumatologie

c- chirurgie digestive et courante

DISCUSSION GENERALE

A- LA CLASSIFICATION O.M.S.

B- LE PROBLEME DES CONSULTANTS

CONCLUSION

ETUDES SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE EN CHIRURGIE A L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS
(de Janvier 1969 à Juillet 1971)

INTRODUCTION

Pour que la Chirurgie puisse être un "acte d'autorité sur le destin" (Leriche), dans les limites des possibilités humaines; l'art opératoire ne saurait se passer des soins médicaux - en particulier de réanimation - et paramédicaux, indispensables afin d'assurer aux patients le maximum de chances de survie, et le minimum de complications, contre lesquelles il faut garder à l'esprit l'importance des mesures préventives.

L'habile tacticien et technicien qu'est le chirurgien se doit d'assurer à son malade des soins non exclusivement opératoires, et la sagesse exige qu'il requiert la compétence de spécialistes d'horizons divers, pour mener à bien son contrat.

L'activité d'un service de chirurgie, ainsi, ne doit pas se mesurer seulement à l'intensité de son activité opératoire, qui demeure son activité principale, sans conteste. Il est des malades hospitalisés en chirurgie, sans être forcément voué au scalpel, et ils échappent à l'étude exclusive du nombre de K chirurgicaux.

Ce travail se propose d'étudier la morbidité et la mortalité de la population hospitalière, dans les services de chirurgie qui sont intégrés dans le groupe des archives centralisées de l'assistance publique (Tableau I).

Il se base sur la liste des trois cents rubriques de la classification statistique de l'organisation mondiale de la santé, liste D (1).

Nous disposons de listes récapitulatives établies par le Service d'Etudes et de Traitement de l'Information (SETI), pour les années 1969, 1970 et pour le premier semestre de 1971, à partir du dépouillement de dossiers médicaux de maladesqui ont été hospitalisés, sans tenir compte de malades vus en consultation.

Les diagnostics retenus ne proviennent pas de "bulletins de diagnostics" D 35 (cf reproduction) , établis à la sortie du malade, dont la fiabilité est fort douteuse, comme nous le verrons.

L'analyse des chiffres qui nous ont été fournis a été rendue possible grâce à une technique mise au point pour l'exploitation rationnelle des informations contenues dans les dossiers médicaux centralisés.

Elle intéresse un nombre important de séjours hospitaliers: 8 420 séjours en 1969, 12 584 en 1970, et 6 470 au premier semestre de 1971; c'est à dire 27 474 séjours au total.

En essayant de regrouper ces chiffres en des tableaux, nous avons voulu dégager les faits frappants, et voir comment a pu varier le recrutement des services de chirurgie du système, sans prétendre vouloir tirer de nos remarques des considérations plus générales car il ne s'agit sûrement pas d'un échantillonnage qui ait quelques chances d'être représentatif.

EXPOSE DES MOTIFS

Jusqu'à présent les données concernant les statistiques sanitaires, sont très incomplètes et de valeur très discutable en France .

En ce qui concerne les causes de décés, un bulletin est rempli pour chaque cas, précisant la cause principale et la cause immédiate du décés. Toutefois les renseignements ainsi fournis sont souvent inexacts, puisqu'on doit obligatoirement les indiquer avant l'autopsie éventuelle sans possibilité de rectification ultérieure.

D'autre part le dénombrement des causes de décés se fait à l'échelon de chaque département et non au niveau de chaque type de service hospitalier. Il est possible de savoir, pour chaque service de l'Assistance Publique, le pourcentage de décés annuel, mais pas les causes, à moins de faire des recherches manuelles très longues.

En ce qui concerne les maladies traitées les hôpitaux fournissent, depuis quelques années, à l'INSERM, la liste des causes d'hospitalisation, choisies parmi les trois cents rubriques de l'OMS. Mais le diagnostic mis à la sortie, sur les bulletins D_{35} , est souvent imprécis, soit par ignorance de l'exploitation qui en sera faite, soit parce que le malade quitte l'hopital avant le résultat des examens complémentaires, en particulier anatomo-pathologique en Chirurgie, qui auraient permis un diagnostic plus exact.

Par ailleurs un seul diagnostic est porté pour chaque hospitalisation ce qui méconnaît les maladies associées .

De plus, si le malade a fait plusieurs séjours dans des services différents de l'hôpital au cours d'une même hospitalisation, seul le diagnostic porté au dernier séjour est retenu. Un malade opéré en Chirurgie, puis transféré en Médecine pour une complication, sera enregistré sous le nom de cette complication,à la sortie de l'hôpital, s'il sort directement du service de Médecine.

Enfin si un même malade est hospitalisé de nombreuses fois au cours d'une même année pour la même maladie, celle-ci est comptée autant de fois qu'il y a de séjours.
Le nombre de maladies traitées dans un hôpital n'est donc pas du tout superposable au nombre de malades qui en sont atteints.

Toutes ces particularités rendent les statistiques sanitaires d'origine hospitalière, extrêmement difficiles à exploiter.

Devant cette situation, profitant de l'exploitation des dossiers médicaux sur ordinateur, organiséedepuis quelques années à l'Assistance Publique nous avons tenté une approche plus exacte de la morbidité et de la mortalité dans les services de Chirurgie.

Administration générale de l'Assistance Publique à Paris

BULLETIN DE DIAGNOSTIC

N° DU REGISTRE DES ENTRÉES

Nom et Prénoms :

Entré le

Sorti le

D-35

Je soussigné, Chef du Service

certifie que M

a été traité dans mon service pour

maladie n° (nomenclature OMS)

Paris, le 19

Le Chef du Service,

MATERIEL ET METHODES D'ETUDES

A- LE SYSTEME E.C.O. (Exploitation Centralisée des Observations Médicales)

1. La centralisation des Archives Médicales de l'Assistance Publique

Depuis toujours chaque service hospitalier archive ses dossiers d'une manière personnelle, non sans une certaine note d'archaïsme, avec ses difficultés matérielles dans la collecte, le tri et l'étude des documents. A intervalles plus ou moins réguliers, ces documents furent la proie d'une destruction impitoyable, afin de laisser la place aux dossiers plus récents, dans des locaux par trop exigus.

Regrouper, classer les dossiers de malades des services hospitaliers différents, et surtout les intégrer dans un système de classement unique et d'exploitation méthodique, était une innovation dans le cadre de l'Assistance Publique (2).

Le rangement des dossiers se trouve facilité par un "classement terminal double" et un extrait de chacun comportant tous les éléments utiles, codés, est mis en mémoire de l'ordinateur du S.E.T.I. sur fichier magnétique. Cette manière de procéder permet de garder les dossiers originaux, d'améliorer par contre coup la présentation et la précision des données médicales.

La centralisation des archives médicales de l'Assistance Publique, sans jamais porter préjudice à la priorité de chaque chef de service sur les documents de ses malades, -ces documents restent à tout moment accessibles, car une clé des archives est déposée à la loge sous la protection responsable du surveillant des admissions- a débuté au pavillon Achard de l'Hôpital Cochin et au bâtiment axial de l'Hôpital Saint-Antoine. Les structures d'exploitation des archives, tout en étant susceptibles d'amélioration, ont été étendues à d'autres services hospitaliers et à des hôpitaux entiers. Le succès qu'a connu cette innovation est lié en grande partie à la collaboration appréciable du S.E.T.I. qui met le personnel et les calculatrices électroniques à la disposition du système. Sans vouloir céder à l'extase intarissable devant les vastes possibilités offertes par les ordinateurs - une révolution scientifique ne naîtrait-elle pas des ordinateurs - il est bien évident que l'outil informatique a rendu le travail plus rapide et plus aisé.

Il a permis la mise en ordre des documents, la simplicité de la manipulation des chiffres et des opérations diverses de recherche sur les données extraites

des dossiers, recherche complexe et dans certains cas irréalisable par les moyens habituels.

2. L'intérêt du dossier médical

Le but est de limiter:

.le risque de perte importante de possibilités de progrès dans la connaissance médicale,

.la méconnaissance de faits essentiels qui concernent le malade mais ignorés ou oubliés par l'intéressé,

.la répétition des examens à l'occasion de séjours multiples dans les services,

.et l'imprécision des renseignements administratifs concernant le séjour.

Les méthodes de travail mises au point permettent de conserver le dossier détaillé classique, non exclusivement par sentimentalisme, et introduisent un changement d'habitude par l'effort d'organisation sur la conception, la normalisation, la transmission et le classement du dossier, "élément essentiel de la médecine hospitalière"(3),"pièce maîtresse de référence" (Hamburger-Funck Bruntano).

Le dossier intéresse à la fois le malade, le praticien et l'administration hospitalière.

Il est le reflet des soins médicaux; n'est-il pas logique de penser que des dossiers médiocres trahissent des soins de qualité scientifique souvent médiocre? (3)

Le dossier médical - témoin du contrat médecin-malade - est le résultat du diagnostic, des diverses affections, avec les étapes et les difficultés qui émaillent l'évolution suivie, ainsi que les éléments du pronostic et de la thérapeutique. On y retrouve la trace des échanges entre différents praticiens. Il est le fondement de l'enseignement (staff, cours) et de la recherche médicale.

Il intéresse l'administration à des titres divers: celle-ci demande une codification standardisée des maladies pour les statistiques sanitaires, des informations pour une organisation logistique correcte de l'hospitalisation, une recherche prospective dans la gestion. Enfin le dossier présente un intérêt juridique incontestable en cas de plainte par l'intéressé ou les ayant-droits, tout en sachant la nécessité de ne pas être en infraction avec l'article 378 du Code Pénal relatif au secret médical.

3. Les structures d'exploitation des dossiers médicaux

Tous les dossiers font l'objet d'une fiche médicale individuelle. Celle-ci est établie lors des séances de révision hebdomadaire de dossier, sur un document

de base (A 441). Au cours de ces séances, médecins,chirurgiens, secrétaires, archivistes, en collaboration, prennent en considération les dossiers des malades sortis depuis la dernière révision, ainsi que les dossiers non apparus lors des dernières séances et les dossiers susceptibles de modifications en fonction des résultats des examens demandant un long délai de réponse (examen histologique, cultures de Bacille de Koch...).

Ces séances de révisions de dossiers permettent leur mise à jour et la vérification du courrier, ainsi que la prévision des travaux (organisation du staff, des consultations, préparation des cours, articles et thèses, convocation des malades à réhospitaliser), la création de rubriques. Elles permettent d'entretenir de bonnes relations entre archivistes et corps médical et placent sous la responsabilité de médecins la codification des maladies, qui est en fait une chose complexe et parfois arbitraire.

a- le dépouillement des dossiers

Ces dossiers sont analysés avec ou sans grille (4) :

Avec grille, c'est à dire que le dossier est confronté avec une liste pré-établie de rubriques de classement, et l'on inscrit ou l'on coche les rubriques retenues. L'avantage de cette méthode est de ne pas risquer d'oublier de mentionner une rubrique et de pouvoir soumettre ces fiches aux études statistiques de chaque critère. Et l'intérêt didactique du codage est certain: la grille peut servir de canevas à l'observation de l'étudiant qui apprend à interroger le malade, et à faire un examen clinique.

On sait cependant la longueur de ce travail qui peut paraître fastidieux, et risque d'être confié à des personnes moins qualifiées. On sait aussi l'aspect figé de ces grilles: elles ne peuvent servir à toutes les affections, et doivent être remaniées à mesure qu'évolue la médecine.

Toutefois, pour l'étude précise de telle affection ou de tel traitement chirurgical, ces grilles sont d'une grande utilité pratique.

On peut se contenter d'une analyse libre pour les autres dossiers, dont il est fait un résumé détaillé, suivi d'une liste de mots clés.

Le grave inconvénient de ce procédé est d'être entaché de subjectivité, entravant toute étude statistique ultérieure.

Une notion fondamentale est à souligner: pour une étude statistique valable, il faut veiller à ce que tous les dossiers, sans exception aucune, passent aux services d'archives. Ceux-ci doivent être tenus au courant de toutes les entrées

et de toutes les sorties de malades, le jour même.
Il faut s'arranger à ce que:

Les malades transférés d'un hôpital à un autre soient accompagnés d'un double du dossier original, qui reste sur place; c'est le seul moyen pour éviter tout retard de codification ou même les pertes de documents.

Les dossiers concernant des affections rares, objet d'études de la part du praticien, doivent dès la sortie du malade, passer aux archives pour qu'ils soient codés avant d'être rendus rapidement au médecin.

Ainsi, la fiche analytique pourra-t-elle parvenir en temps opportun au S.E.T.I.

b- l'établissement du document de base et son usage (cf reproduction)(5)

Cette fiche est établie, en double exemplaire, sur le document de base qui est le document A_{441} autocarboné. Ce type de document, mis en service depuis Octobre 1969, comporte quatre parties : deux parties pour les renseignements administratifs (C/C 10 et 20), deux parties pour les renseignements médicaux (C/C 30 et 40).

Sur la carte 10, on porte:

- Le numéro du dossier, qui est le numéro d'admission lors du dernier séjour; ce numéro sert à identifier le malade, mais il n'est pas à cacher que ce problème d'identification n'est pas encore résolu définitivement.
- Eventuellement, le numéro de référence (celui du dernier accusé de réception du S.E.T.I, de la dernière fiche du malade acceptée et enregistrée au fichier magnétique) destiné à indiquer à la machine que tel numéro de dossier est devenu tel autre, le premier disparaît et ne reste que le dernier.
- Le numéro de l'hôpital, déterminé arbitrairement à l'avance.
- Le numéro du feuillet: lorsqu'il y a plusieurs séjours à coder ou qu'il y a eu transfert dans différents services, il y aura autant de feuillets que de séjours; ces feuillets sont numérotés par ordre chronologique. C'est le dernier numéro qui servira d'identification. Le numéro de chaque séjour sera mis en mémoire et figurera en bas et à droite du feuillet A_{441} dans le cadre prévu: "numéro d'admission du séjour" . A partir du deuxième feuillet, il ne faut plus remplir la carte 10 (motif de refus par le S.E.T.I), mais en revanche, il faut remplir les autres cartes.
- L'origine géographique, le sexe, la date de naissance et le lieu de résidence de l'intéressé.

S'attarder sur le milieu social, la profession, l'âge, le sexe et les moyens financiers du malade n'est pas inutile, car ces éléments peuvent intervenir dans le choix d'une méthode chirurgicale.

ADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Exercice | Numéro | Hôpital | Feuillet

← ← *N° de DOSSIER*

← ← *N° de référence (ancien dossier)*

c/c 10 **ORIGINE ETHNIQUE**

1 ☐ **FRANCE**

2 ☐ **EUROPE SAUF FRANCE**

3 ☐ **AFRIQUE DU NORD**

4 ☐ **AFRIQUE NOIRE**

5 ☐ **AMERIQUE ET OCEANIE**

6 ☐ **ASIE**

SEXE

1 ☐ M

2 ☐ F

DATE DE NAISSANCE — J | M | An

CODE ORIGINE — Dép.t | Com. | N° série

CODE ADRESSE — SDF 1 ☐ | Dép.t | Com.

CODE | **LIBELLE PROFESSION**

A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐

c/c 20 **ELEMENTS DU SEJOUR**

☐ **CODE DU CHEF DE SERVICE**

☐ **SPECIALITE (Discipline)**

J/E | M/E | An/E — **ENTREE PAR** .....

MODE D'ENTREE

1 ☐ Entrée directe recrut. personnel

2 ☐ Entrée par la consultation

3 ☐ Entrée par transfert d'un autre hôp.

4 ☐ Entrée par urgences

5 ☐ Entrée par transf. à l'intér. de l'hôp.

J/S | M/S | An/S — **SORTIE PAR** .....

MODE DE SORTIE

1 ☐ Retour au domicile

2 ☐ Mais. convales., cure, sana.....

3 ☐ Transfert en serv. chronique

4 ☐ Transfert dans un autre hôpital

5 ☐ Hospitalisation à domicile

6 ☐ Exitus

7 ☐ Sortie in extremis

8 ☐ Placement en Maison de retraite

9 ☐ Transfert à l'intérieur de l'hôpital

CIRCONSTANCES

1 ☐ Décision médicale

2 ☐ Mesure disciplinaire

3 ☐ Contre avis médical

4 ☐ Evasion

5 ☐ Non retour de permission

Dossier codé le .....

par .....

Départ le : .....

Perforé le : .....

N° ADMISSION DU SEJOUR

ARCHIVES MEDICALES - FICHE DE CODIFICATION

TYPE O.M.S. : 1 = Affection principale 2 = Autres affections 3 = Interventions chirurgicales 4 = Cause de l'exitus 5 = Antécédents	c/c 30 O.M.S.		c/c 40 THESAURUS				
INTITULE DES RUBRIQUES	T	CODE	T	CODE	DATE J	M	An

La carte 20 indiquera:

- Le code du chef de service, attribué arbitrairement par le S.E.T.I.
- Les dates d'entrée et de sortie du malade, vérifiées sur les feuilles de température.
- Le mode d'entrée (directe, par la consultation, par transfert d'un autre service, ou par le service des urgences)
- Le mode de sortie (décision médicale, mesure disciplinaire, contre avis médical, ou par évasion)
- Les circonstances de sorties (retour au domicile, maison de convalescence de cure spécialisée ou sanatorium, placement chronique ou hospice, transfert dans un autre service hospitalier, hospitalisation à domicile, exitus, ou sortie in extremis)

La carte 30 comportera les codages des rubriques O.M.S, d'après la dernière édition de la Classification internationale des maladies.
Neuf rubriques OMS peuvent figurer au maximum pour chaque séjour, sous peine de refus par le S.E.T.I, quelque soit le "type". En effet cinq "types" sont prévus:

- Type 1, UNIQUE, indication d'une maladie, une seule, ayant nécessité le plus d'investigations; elle est dite affection principale (M.P)
- Type 2, multiples, indications des maladies ou symptômes associés (M.A)
- Type 3, multiples, indications des interventions chirurgicales (Code de Chirurgie spécial)
- Type 4, unique, indication d'une éventuelle cause de décès (obligatoire si le mode de sortie est exitus)
- Type 5, multiples, indications des antécédents.

La carte 40 comportera les codages des rubriques dites de service, d'après le T.H.E.S.A.M (Thesaurus* des Archives Médicales). (6)
Ce sont des rubriques médicales, choisies et codées au fur et à mesure, en raison de l'insuffisance des rubriques OMS, et de l'absence en France d'une classification des maladies, interventions, investigations, et traitements.
Elle constitue une nomenclature, contrairement aux rubriques OMS lesquelles rentrent dans une classification plus ou moins logique des maladies.
La liste récapitulative (par ordre alphabétique, numérique et thématique) commencée depuis Novembre 1966, est en expansion continuelle incluant progressivement les nouvelles rubriques de nouveaux services intégrés dans le système. Elle comporte en Mai 1972 : 20 355 rubriques.

* Thesaurus = Vocabulaire complet faisant le tour de toutes les possibilités dans un certain domaine

Largement utilisée, permettant au même titre que les rubriques OMS, des activités de recherche sur ordinateur, elle devient le Thesaurus des Archives Médicales (T.H.E.S.A.M).
Les numéros du code T.H.E.S.A.M se succèdent dans l'ordre chronologique de création de rubriques; chaque rubrique peut être datée.
La carte 40 constitue l'histoire codée du malade: il y est inscrit les symptômes, syndrômes, investigations, modalités de traitement et complications. Il est en plus tout à fait loisible de préciser l'existence éventuelle d'un intérêt propre à chaque dossier : intérêt pour l'enseignement, par l'iconographie, observation inhabituelle, erreur diagnostique, expérimentation.

Le double des cartes 30 et 40 (codage médical) doit figurer sur le dossier analysé. Par ailleurs, en l'absence de page de garde, on y inclut aussi le double des cartes 10 et 20 (codage administratif).

Il est prévu la possibilité d'apporter des rectifications utiles sur les renseignements de chacune des cartes, qu'il s'agisse de modification, d'annulation ou de création, à l'aide de procédé simple (mouvement) dont les archivistes peuvent se servir, ceci une fois les données enregistrées sur mémoire.

Le document de base rempli, codé, après être soumis à une série d'opérations de vérification soigneuse de l'exactitude des données, de dépistage des omissions, est regroupé par service et adressé au S.E.T.I.

Cette feuille est retournée ensuite dans les services d'archives d'origine, avec un accusé de réception; ce dernier indique l'enregistrement des données sur la mémoire de l'ordinateur et permet le contrôle des opérations. Un code chiffré figure au bas de chaque accusé de réception. Ce message indique si la création est acceptée ou non et donne les indications en cas de rejet.

Si tout est régulier, l'accusé de réception, après une ultime confrontation avec les pages de garde, est classé dans le dossier du malade correspondant.

L'anonymat est jalousement préservé. Mais l'intérêt de ces méthodes de travail pour la santé individuelle et collective, n'est pas qu'hypothétique. Il justifierait peut-être une étude pour la mise au point d'une déontologie particulière.

4. L'exploitation actuelle des informations enregistrées

Les informations enregistrées sont déjà régulièrement exploitées (7)

a- les bordereaux mensuels

Tous les mois, à date fixe, chaque service central d'archives reçoit du S.E.T.I, un bordereau recapitulatif de bilan mensuel, sous forme de tableaux normalisés, à décoder avant d'être lisibles.

Ce bordereau indique en regard de chaque numéro du code O.M.S, le numéro d'archivage des dossiers correspondants, séjours par séjours.

Il est cumulatif de mois en mois, et par année.

Il suffit donc de garder le bordereau de Décembre de chaque année pour retrouver facilement, année par année, les numéros de dossiers correspondant à chaque numéro du code détaillé de l'O.M.S.

b- les bordereaux semestriels

Tous les six mois, chaque service central d'archives reçoit deux documents:

= Un bordereau d'étude démographique des malades hospitalisés, service par service, avec récapitulation à l'échelon de l'hôpital.
Il donne des précisions sur la marche de chaque service.
Les séjours hospitaliers sont dénombrés, en fonction du sexe, de la tranche d'âge, de l'origine géographique des hospitalisés, des circonstances d'entrée et de sortie, de la durée de séjour.
Il en ressort le nombre de malades ayant fait un, deux ou plusieurs séjours.
Des pourcentages indiquent la proportion des entrants, dans chaque catégorie par rapport au total des séjours hospitaliers et éventuellement à d'autres critères.

= Une liste récapitulative, service par service, du nombre de dossiers de malades, correspondant à chacune des trois cents rubriques de la liste D de l'OMS.
Cette liste faite dossier par dossier, donc malade par malade, complète et corrige les bordereaux mensuels établis séjours par séjours.

B- LES DOCUMENTS UTILISES POUR NOTRE ETUDE

Notre étude a utilisé des documents différents, établis spécialement, avec les caractéristiques suivantes:

1. Leurs caractéristiques

= Il s'agit du nombre de séjours hospitaliers, correspondant à chacune des trois cents rubriques de la liste D de l'O.M.S, soit à titre de Maladie Principale (MP) soit à titre de Maladie Associée (MA), soit à titre de cause de décès.
Cette liste D est donc faite au niveau séjours et non au niveau dossiers comme la liste semestrielle habituelle.

= Cette liste n'analyse pas les services hospitaliers successivement mais regroupe ensemble tous les services de Chirurgie qu'il s'agisse de Chirurgie Générale ou de Chirurgie Spécialisée. Il y en a quatorze en tout, en activité durant les cinq semestres envisagés, dans le système E.C.O. On peut compter cinq services de Chirurgie Générale, trois services de Traumatologie et Orthopédie, un service de Neuro-Chirurgie, un service d'Urologie, un service de Chirurgie Réparatrice, un service de Brûlés, et deux services de Réanimation Chirurgicale.
Une liste analogue a été faite pour les services de Médecine. Mais elle ne fait pas l'objet de notre étude.

= Le dénombrement a été fait successivement pour les années 1969,1970 et le premier semestre de 1971, permettant d'amorcer une étude évolutive qui sera poursuivie au-delà, et dont nous allons essayer de dégager les premières constatations.

Nous allons reproduire ci-après ces documents, comportant le relevé des trois cents rubriques de la liste D de l'O.M.S, avec pour chaque rubrique, le nombre de séjours hospitaliers à titre de motif principal d'hospitalisation, à titre de maladie associée et à titre de cause de décès.

Le nombre total de séjours correspondant à chaque rubrique (T = MP + MA) donnera une idée plus exacte de la pathologie de la population hospitalière, ici en Chirurgie. Du fait de l'extension progressive des Archives Centralisées de l'Assistance Publique, il faut tenir compte du nombre total de séjours hospitaliers annuels, ou semestriel pour 1971, dans l'étude comparative du nombre T de séjours hospitaliers correspondant à chaque rubrique, des trois tranches annuelles considérées.

2. Remarques prélimaires

Quelques remarques restrictives préliminaires méritent d'être formulées. L'interprétation des résultats doit tenir compte de plusieurs facteurs

= Les chiffres indiquent le nombre de séjours, nous y insistons. Ils ne correspondent pas obligatoirement au nombre de malades, en dehors de maladies aigües, comme les appendicites, les fractures.
Pour des maladies au long cours, le nombre de séjours est souvent supérieur au nombre de malades. Cette particularité, méconnue, risque de faire surestimer le nombre de tumeurs malignes notamment.
Comme nous nous basons sur le nombre de séjours uniquement, en définitive, notre étude porte sur l'activité des services de Chirurgie, et non sur le nombre de malades atteints de telle ou telle affection.

= La comparaison entre le premier semestre de 1971 et les deux années 1969, 1970 peut être faussée par l'inégale répartition de certaines maladies selon les périodes de l'année

= Même en tenant compte de tous ces facteurs, les chiffres obtenus ne concernent que l'épidémiologie hospitalière dans les services de Chirurgie du système, et non l'épidémiologie hospitalière de tous les services de Chirurgie de l'Assistance Publique, encore moins l'épidémiologie générale.
L'intégration de nouveaux services dans le système entraine parfois une répercussion sensible sur l'ensemble du recrutement, avec une orientation chirurgicale particulière, dûe à l'expérience, aux habitudes et à la notoriété des nouveaux chefs de service ainsi que de leurs collaborateurs.

= Nous avons utilisé le test de $\chi 2$ pour tenter de vérifier la part du hasard dans les variations du nombre de séjours hospitaliers enregistrés aux différentes rubriques, d'une année à l'autre, rubriques qui paraissent intéressantes en Chirurgie, et des effectifs de décès. (8)
Dans les tableaux de résultats, certaines rubriques, certains effectifs sont marqués du signe (*) quand il nous apparaît exister des modifications significatives.

Hôpitaux		Service	Discipline	Code	Date d'ouverture	Nombre de lits budgétaires	Nombre de lits exploités		
							1969	1970	1971
A. Paré	014	019	Chirurgie Générale	101	21-4-69	93	62	93	93
H. Mondor	026	009	Chirurgie Générale	101	16-6-69 1-12-69	90	33	90	90
L.Mourrier	053	063	Chirurgie Générale	101	1-10-71	42	0	0	11
St-Antoine	073	003	Chirurgie Générale	101	1-1-67	110	110	110	110
St-Antoine	073	005	Chirurgie Générale	101	1-1-67	110	110	0	0
St-Antoine	073	036	Chirurgie Générale	101	1-1-70	110	0	110	110
A. Paré	014	018	Orthopédie Traumatologie	104	Mai 69 ferm Oct 70	92	61	77	0
A. Paré	014	046	Orthopédie Traumatologie	104	Oct 70	92	0	15	92
A. Paré	014	047	Réa Chirurg+ Anesth	550	1-8-69	4	1	4	4
H. Mondor	026	010	Orthopédie Traumatologie	104	20-5-69 1-12-69	90	38	90	90
H. Mondor	026	015	Neurochirurgie	120	14-9-70	25	0	8	25
H. Mondor	026	042	Chirurgie Réparatrice	105	15-12-70 1-10-71	32	0	2	25
H. Mondor	026	043	Urologie	112	Fev 71	58	0	0	53
H. Mondor	026	028	Réanimation Chirurgicale	100	21-5-69	8	5	8	8
L.Mourrier	053	062	Maternité	170	1-10-71	90	0	0	23
St-Antoine	073	003	Brûlés	109	1967	10	10	10	10

TABLEAU I

Dans le tableau I, la première colonne indique le nombre de lits budgétaires de seize services . Mais deux de ces services ne sont ouverts qu'au cours du second semestre de 1971, et ne sont pas intéressés par cette étude.

Sur les 854 lits budgétaires totaux, il y a:

- 445 de Chirurgie Générale dont 42 ouverts en Octobre 1971 seulement.
- 297 de Chirurgie Spécialisée avec 182 d'Orthopédie-Traumatologie
  25 de Neuro-Chirurgie
  32 de Chirurgie Réparatrice
  58 d'Urologie
- 10 de Brûlés
- 12 de Réanimation Chirurgicale
- 90 de Maternité, mais n'entrant en service qu'en Octobre 1971, donc exclus de cette étude.

Dans les colonnes suivantes, on trouve:

- Le Chiffre 0, lorsque le service n'a pas ouvert pendant la période considérée,
- Ou le chiffre correspondant au nombre de lits budgétaires réellement ouverts,
- Ou un nombre indiquant le nombre de lits effectivement pris en compte pendant la période considérée.

  Il peut arriver soit qu'une ouverture se produise en cours d'année, soit que l'ouverture soit partielle pendant la période envisagée. Dans ce cas on a procédé au calcul suivant: le nombre de lits dont on tient compte est donné par la formule:

$$\frac{\text{Nombre de lits ouverts} \times \text{Nombre de mois d'ouverture}}{12}$$

On voit que le nombre de lits exploités durant 1969, 1970 et le 1er semestre de 1971 est respectivement:

- En Chirurgie Générale :	315	403	403
- En Orthopédie-Traumatologie:	99	182	182
- En Neuro-Chirurgie :	0	8	25
- En Urologie :	0	0	53
- En Chirurgie Réparatrice :	0	2	25
- En Réanimation Chirurgicale :	6	12	12
- Service de Brûlés :	10	10	10

C'est à dire, en particulier, 88 lits de Chirurgie Générale en plus, à partir de 1970 , 83 lits d'Orthopédie-Traumatologie en plus, à partir de 1970 également et aucun lit de Gynécologie Obstétrique.

En se basant sur le nombre de lits ouverts et le nombre de séjours hospitaliers, il apparaît un séjour moyen dans les services de 18,6 jours en 1969, 17,9 jours en 1970, et 20 jours au premier semestre 1971. Ces chiffres comparables, s'approchent de celui de 21,2 jours du rapport Bardeau (9), pour les hôpitaux de Paris. Mais ils ne tiennent pas compte du taux moyen d'occupation des lits.

En prenant en considération les chiffres officiels (10) de l'ordre de 11 à 12 jours de séjour moyen en Chirurgie, on peut dire que le taux moyen d'occupation des lits est aux environs de 55%. Ce fait permet de faire une remarque: Etant donné que les services n'arrivent pas à saturation, le problème de diriger les malades, faute de place, sur d'autres hôpitaux ne se pose guère, et le recrutement de ces services, tel qu'il est, n'est pas faussé.

Nous nous sommes basés sur le nombre officiel de lits ouverts dans les services de Chirurgie, sans tenir compte des fermetures passagères (en particulier fermeture de salles, pendant l'été, du fait de la réduction du nombre de malades et de l'insuffisance du personnel, ou bien pendant des travaux, pendant la désinfection etc...). Les statistiques publiées par l'Assistance Publique calculent le pourcentage d'occupation des lits** sur un nombre de lits qui est le nombre de lits réels diminué du nombre de lits qualifiés d'indisponibles (salles fermées passagèrement). C'est là l'explication vraisemblable des discordances constatées antre le taux moyen d'occupation de lits, de 55% environ, constaté et le Coefficient d'occupation officiels des lits, évalué aux environs de 80%, (entre 75% et 84%).

** Coefficient d'Occupation des lits C.O. (11)

$$C.O = \frac{\text{Journées d'hospitalisation} \times 100}{(\text{lits montés} \times 365) - \text{journées indisponibles}}$$

Journées d'hospitalisation = représentent le nombre de malades présents pendant 365 jours de l'année dans les établissements.

RESULTATS

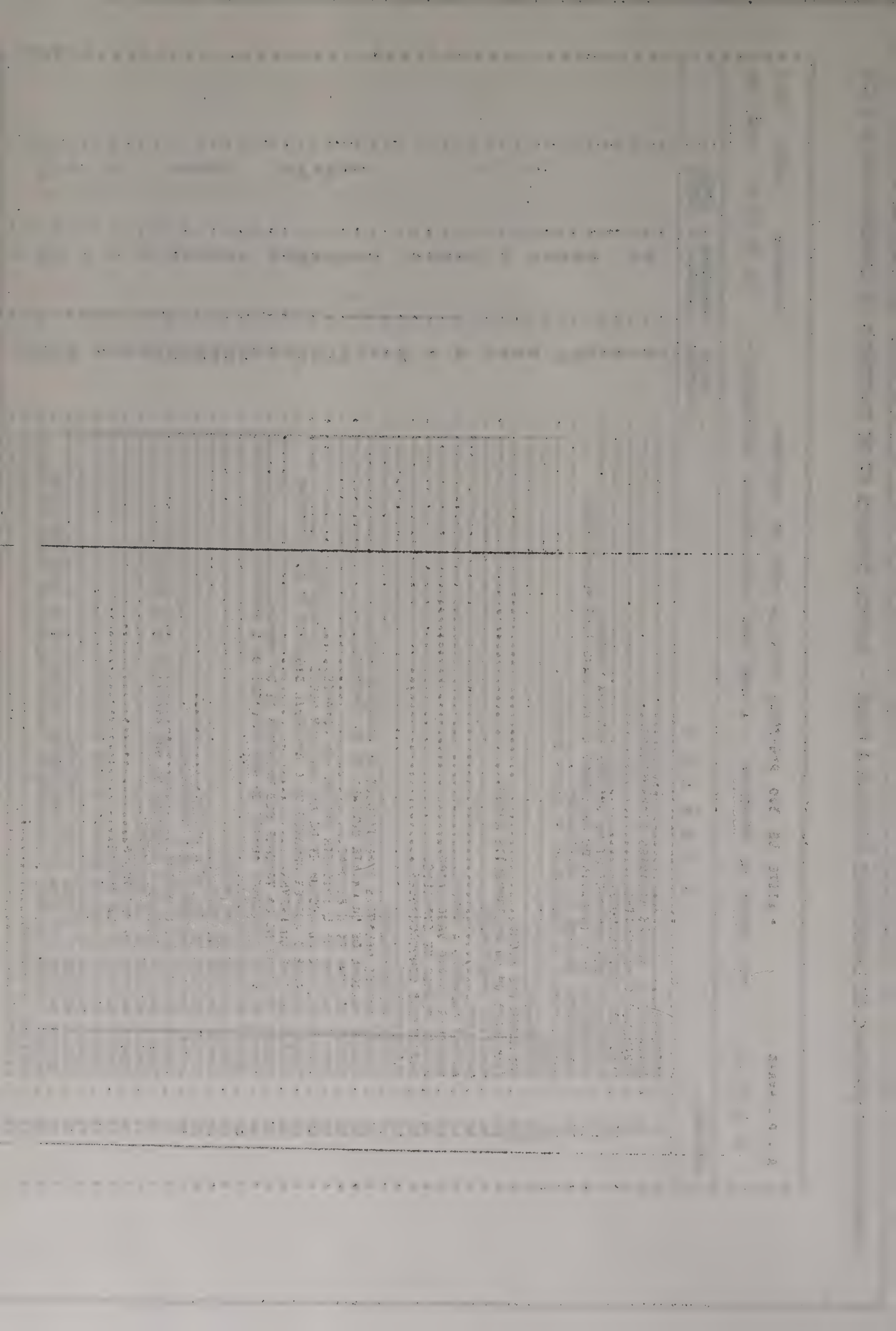
1. Reproduction des Documents fournis par le S.E.T.I. (p 21 à 37)

2. Différents tableaux, précédés d'un tableau récapitulatif et explicatif (p 38 et 39)

A. P. PARIS – LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX– CHIRURGIE ANNEE 1969

S. E. T. I. – DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS – LE 21 12 71

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
5	AMIBIASE	3		
6	ENTERITES ET AUTRES MALADIES DIARRHEIQUES	8	2	
9	TUBERCULOSE PULMONAIRE	3	4	
10	PLEURESIE TUBERCULEUSE	2		
13	TUBERCULOSE DES MENINGES ET DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	1		
14	TUBERCULOSE DE L INTESTIN DU PERITOINE ET DES GANGLIONS MESENTERIQUES	1	1	
15	TUBERCULOSE OSSEUSE ET ARTICULAIRE	27	3	
17	AUTRES FORMES DE TUBERCULOSE ET LEURS SEQUELLES	11	5	
20	LEPRE		1	
27	SEPTICEMIE	3	7	1
29	POLIOMYELITE AIGUE	3		
30	SEQUELLES DE LA POLIOMYELITE AIGUE	2	3	
38	HEPATITE INFECTIEUSE	1		
40	OREILLONS		1	1
41	AUTRES MALADIES A VIRUS	2	2	
48	SYPHILIS CARDIO VASCULAIRE		2	
50	AUTRES FORMES DE SYPHILIS	1	2	
51	INFECTIONS GONOCOCCIQUES		1	
53	ECHINOCOCCOSE	15		
55	AUTRES HELMINTHIASES	2		
56	TOUTES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	4	1	
57	TUMEUR MALIGNE DE LA CAVITE BUCCALE OU DU PHARYNX	7	1	2
58	TUMEUR MALIGNE DE L ESTOMAC	80	2	9
59	TUMEUR MALIGNE DE L INTESTIN RECTUM NON COMPRIS	93	10	18
60	TUMEUR MALIGNE DU RECTUM ET DE LA JONCTION RECTO SIGMOIDIENNE	68	4	4
61	TUMEUR MALIGNE D AUTRES ORGANES DE L APPAREIL DIGESTIF ET DU PERITOINE	101	19	26
62	TUMEUR MALIGNE DU LARYNX	5	1	2
63	TUMEUR MALIGNE DE LA TRACHEE DES BRONCHES ET DU POUMON	9	4	
64	TUMEUR MALIGNE D ORGANES AUTRES OU NON PRECISES DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	1		
65	TUMEUR MALIGNE DES OS	11	1	
66	TUMEUR MALIGNE DE PA PEAU	10	1	
67	TUMEUR MALIGNE DU SEIN	43	2	2
68	TUMEUR MALIGNE DU COL DE L UTERUS	13	1	1
70	AUTRES TUMEURS MALIGNES DE L UTERUS	13	2	3
71	TUMEUR MALIGNE DE L OVAIRE	11	2	1
72	TUMEUR MALIGNE D ORGANES GENITAUX OU NON PRECISES DE LA FEMME	2		
73	TUMEUR MALIGNE DE LA PROSTATE	8	1	
74	TUMEUR MALIGNE DU TESTICULE	1		
75	TUMEUR MALIGNE DE LA VESSIE	1	1	1
76	TUMEUR MALIGNE D AUTRES ORGANES GENITO URINAIRES	6		
77	TUMEUR MALIGNE DU CERVEAU		1	
78	TUMEUR MALIGNE D AUTRES SIEGES PRECISES	20		1
79	TUMEUR MALIGNE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES SECONDAIRE OU SANS PRECISION	2	2	
80	AUTRES TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES ET TUMEURS MALIGNES DE SIEGE NON PRECIS	27	17	16
81	MALADIE DE HODGKIN	1		
82	LEUCEMIES	1	3	



A . P . PARIS – LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX– CHIRURGIE ANNÉE 1969

S. E. T. I. – DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS – LE 21 12 71

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
83	AUTRES TUMEURS DES TISSUS LYMPHATIQUES ET HEMATOPOIETIQUES	8	1	1
84	TUMEUR BENIGNE DE LA PEAU	1		
85	FIBROMYOME DE L UTERUS	25	3	
86	AUTRES TUMEURS BENIGNES DE L UTERUS	13	1	
87	TUMEUR BENIGNE DE L OVAIRE	22	8	
88	TUMEUR BENIGNE DU REIN ET DES AUTRES ORGANES URINAIRES	3		
89	TUMEUR BENIGNE DU CERVEAU ET D AUTRES PARTIES DU SYSTEME NERVEUX	2		
90	AUTRES TUMEURS BENIGNES	78	6	
92	TUMEUR DE NATURE NON PRECISEE	14	1	
93	GOITRE NONTOXIQUE	18		
94	THYREOTOXICOSE AVEC OU SANS GOITRE	9		
96	DIABETE SUCRE	1	21	
97	AVITAMINOSES ET AUTRES ETATS DE CARENCE			1
98	AUTRES MALADIES ENDOCRINIENNES ET METABOLIQUES	3	6	
100	ANEMIE PAR CARENCE EN VITAMINE B12		1	
102	AUTRES MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES	17	6	1
103	PSYCHOSE ALCOOLIQUE	1	1	
105	PSYCHOSES AFFECTIVES		1	
107	NEVROSES	3	4	
108	ALCOOLISME	6	40	
109	AUTRES TROUBLES MENTAUX NON PSYCHOTIQUES	1	4	
113	AFFECTIONS HEREDITAIRES ET FAMILIALES DU SYSTEME NERVEUX		1	
114	SCLEROSE EN PLAQUES		2	
115	MALADIE DE PARKINSON		1	
116	EPILEPSIE	2	4	
117	AUTRES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	5	13	3
118	SCIATIQUE	5	3	
119	AUTRES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE	27	11	
128	AUTRES MALADIES DE L OEIL	1		
131	AUTRES MALADIES DE L OREILLE ET DE L APOPHYSE MASTOIDE		1	
133	CARDIOPATHIES RHUMATISMALES CHRONIQUES		1	
134	HYPERTENTION ESSENTIELLE BENIGNE	2	18	1
137	INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE	2	3	5
138	AUTRES MALADIES ISCHEMIQUES DU COEUR	2	4	
139	CARDIOPATHIES SYMPTOMATIQUES		5	3
140	AUTRES FORMES DE CARDIOPATHIE		3	3
141	HEMORRAGIE CEREBRALE	4		10
142	INFARCTUS CEREBRAL	4	5	5
143	MALADIES CEREBRO VASCULAIRES AIGUES OU MAL DEFINIES			3
144	AUTRES MALADIES CEREBRO VASCULAIRES	3	3	3
145	ARTERIOSCLEROSE	27	1	1
146	AUTRES MALADIES VASCULAIRES PERIPHERIQUES	3		
147	AUTRES MALADIES DES ARTERES ARTERIOLES ET CAPILLAIRES	94	33	9
148	EMBOLIE ET INFARCTUS PULMONAIRES	1	4	9
149	PHLEBITE THROMBOPHLEBITE EMBOLIE ET THROMBOSE VEINEUSE	8	9	1
150	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	74	7	

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1969

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 003

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
151	HEMORROIDES	37	1	
152	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL CIRCULATOIRE	1	3	2
153	PHARYNGITE ET ANGINE AIGUES	2		
155	AUTRES INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPITATIRES		1	
156	GRIPPE		2	
159	PNEUMONIE DUE A D AUTRES MICRO ORGANISMES SPECIFIES	1		
160	PNEUMONIE SANS PRECISION DU MICRO ORGANISME	1		
161	BRONCHITE EMPHYSEME ET ASTHME	2	4	
162	HYPERTROPHIE DES AMYGDALES ET VEGETATIONS ADENOIDES		1	
166	PLEURESIE PURULENTE ET ABCES DU POUMON	3	1	
167	AUTRES FORMES DE PLEURESIE	3	5	
169	BRONCHECTASIE		1	
170	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	3	5	2
171	MALACIE DES DENTS ET DU PARODONTE	4	1	
172	AUTRES MALADIES DE LA CAVITE BUCCALE DES GLANDES SALIVAIRES ET DES MAXILLAI	3	2	
173	ULCERE DE L ESTOMAC	66	7	1
174	ULCERE DU DUODENUM	88	9	3
175	ULCERE GASTRO DUODENAL	3		
176	ULCERE GASTRO JEJUNAL	1	1	
177	GASTRITE ET DUODENITE	7	2	
178	AUTRES MALADIES DE L OESOPHAGE DE L ESTOMAC ET DU DUODENUM	26	4	1
179	APPENDICITE AIGUE	168	4	
180	AUTRES APPENDICITES	48	2	
181	HERNIE INGUINALE SANS MENTION D OCCLUSION	131	6	
182	AUTRES HERNIES SANS MENTION D OCCLUSION	83	6	
183	HERNIE AVEC OCCLUSION	40	1	
184	OCCLUSION INTESTINALE SANS MENTION DE HERNIE	110	12	7
185	ENTERITE CHRONIQUE ET COLITE ULCEREUSE	9	2	1
186	FISSURE ET FISTULE ANALES	46	3	
187	ABCES DES REGIONS ANALE ET RECTALE	23		
188	AUTRES MALADIES DE L INTESTIN ET DU PERITOINE	78	15	12
189	CIRRHOSE DU FOIE	28	28	2
190	LITHIASE BILIAIRE ET CHOLECYSTITE	220	14	5
191	AUTRES MALADIES DU FOIE DE LA VESICULE BILIAIRE	22	8	9
192	MALADIE DU PANCREAS	34	7	1
194	AUTRES NEPHRITES ET NEPHROSES	1	2	1
195	INFECTIONS RENALES	1	1	
196	CALCULS DE L APPAREIL URINAIRE	34	3	
197	CYSTITE	2	1	
198	RETRECISSEMENT DE L URETRE	2		
199	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL URINAIRE	14	4	1
200	HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE	27	3	1
201	HYDROCELE	9		
202	PHIMOSIS ET HYPERTROPHIE DU PREPUCE	7		
203	AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX DE L HOMME	35		
204	MALADIES DU SEIN	7		

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1965

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 004

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES	
205	SALPINGITE ET OVARITE	47	3		
206	AUTRES MALADIES DE L OVAIRE DES TROMPES ET DU PARAMETRE	6	2		
208	MALADIES INFECTIEUSES DE L UTERUS A L EXCLUSION DU COL DU VAGIN ET DE LA VU	27			
209	PROLAPSUS GENITAL	11			
211	TROUBLES DE LA MENSTRUATION	369	2		
213	AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME	5			
216	AUTRES HEMORRAGIES GRAVIDIQUES	1			
219	AUTRES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE	27			
221	AVORTEMENTS AUTRES OU SANS PRECISION	385	4		
224	ACCOUCHEMENT COMPLIQUE DE RETENTION PLACENTAIRE OU D AUTRES HEMORRAGIES POS	2			
226	ACCOUCHEMENT AVEC D AUTRES COMPLICATIONS Y COMPRIS DECES PENDANT L ANESTHES	1			
227	COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES	3	1		
228	INFECTIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	156	10		
229	AUTRES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUT	3			
230	AUTRES MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	25	10		
231	ARTHRITE RHUMATOIDE ET AFFECTIONS APPARENTEES	40			
232	OSTEO ARTHRITE ET AFFECTIONS APPARENTEES	129	13		
233	ARTHRITES AUTRES ET SANS PRECISION	22	5		
234	RHUMATISME NON ARTICULAIRE OU SANS PRECISION	15	1		
235	OSTEOMYELITE ET PERIOSTITE	38	7		
236	AUTRES MALADIES DES OS	23	5		
237	AFFECTIONS INTRA ARTICULAIRES	12	2		
238	AFFECTIONS DU DISQUE INTERVERTEBRAL	16	1		
239	SYNDROME DE DOULEUR D ORIGINE VERTEBRALE	20	1		
240	AUTRES MALADIES DES ARTICULATIONS	56	20		
241	SYNOVITE BURSITE ET TENOSYNOVITE	38	1		
242	HALLUX VALGUS ET VARUS	26	1		
243	AUTRES MALADIES DU SYSTEME OSTEO MUSCULAIRE	74	8		
245	ANOMALIES CONGENITALES DE L APPAREIL CIRCULATOIRE		1		
246	FISSURE DU PALAIS ET BEC DE LIEVRE	1			
248	AUTRES ANOMALIES CONGINITALES DE L APPAREIL DIGESTIF	1	3		
249	ECTOPIE TESTICULAIRE	3			
250	AUTRES ANOMALIES CONGENITALES DE L APPAREIL GENITO URINAIRE	1	1		
251	PIED BOT CONGENITAL	9			
252	LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE	10	4		
253	AUTRES ANOMALIES CONGENITALES DU SYSTEME OSTEO MUSCULAIRE	25	10		
254	ANOMALIES CONGENITALES AUTRES ET SANS PRECISION	9			
255	LESIONS OBSTETRICALES	1	1		
259	AUTRES CAUSES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE PERINATALES	5	1		
260	DEFAILLANCE CARDIAQUE AIGUE NON PRECISEE		1	14	
261	HEMATEMESE	44	9	11	
262	DOULEUR ABDOMINALE	289	2	1	
266	AUTRES SYMPTOMES	54	54	14	
267	SENILITE SANS MENTION DE PSYCHOSE	2	10	15	
268	AUTRES ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	29	15	49	
E273	ACCIDENTS DE VEHICULE A MOTEUR AVEC LESION DU OCCUPANT		2		

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1969

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 005

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES	
E276	ACCIDENTS DE VEHICULE A MOTEUR AVEC LESION DU UNE PERSONNE AUTRE OU NON PRE		2		
E277	AUTRES ACCIDENTS DE TRANSPORT ROUTIER	22	135		
E278	ACCIDENTS DE TRANSPORT PAR EAU		1		
E281	EMPOISEMENTS ACCIDENTELS PAR D AUTRES SUBSTANCES SOLIDES ET LIQUIDES	1			
E283	CHUTE ACCIDENTELLE DE OU SUR UN ESCALIER UNE ECHELLE OU UN ECHAFAUDAGE	1	3		
E284	AUTRES CHUTES ACCIDENTELLES D UN NIVEAU A UN AUTRE	1	1		
E285	CHUTE ACCIDENTELLE DE PLEIN PIED		3		
E286	CHUTES ACCIDENTELLES AUTRES ET SANS PRECISION	3	11		
E290	ACCIDENTS DUS A DES FEUX AUTRES OU NON PRECISES		1		
E292	ACCIDENTS CAUSES PAR PROJECTILES D ARMES A FEU	5	1		
E293	ACCIDENTS ET COMPLICATIONS RESULTANT D ACTES CHIRURGICAUX OU MEDICAUX			1	
E294	ACCIDENTS AUTRES OU NON PRECISES SEQUELLES D ACCIDENTS	6	22		
E295	SUICIDE ET EMPOISONNEMENTS VOLONTAIRES PAR SUBSTANCES SOLIDES OU LIQUIDES	3	2		
E297	SUICIDE ET LESIONS FAITES VOLONTAIREMENT A SOI MEME PAR UN MOYEN AUTRE OU N	11	4	1	
E298	HOMICIDE ET LESIONS PROVOQUEES INTENTIONNELLEMENT PAR UNE AUTRE PERSONNE ET	4	5	1	
N272	FRACTURE DES OS DE LA FACE	39	25		
N273	AUTRES FRACTURES DU CRANE	10	15	1	
N274	FRACTURES DE LA COLONNE VERTEBRALE ET DU TRONC	117	53	1	
N275	FRACTURES DE L HUMERUS DU RADIUS ET DU CUBITUS	437	50		
N276	FRACTURES DES PHALANGES ET DES METACARPIENS	95	20		
N277	FRACTURE DU COL DU FEMUR	193	9	5	
N278	FRACTURES DE PARTIES AUTRES OU NON PRECISEES DU FEMUR	58	11		
N279	FRACTURES DU TIBIA OU PERONE ET DE LA CHEVILLE	236	44		
N280	AUTRES FRACTURES DES MEMBRES	157	53		
N281	LUXATIONS SANS FRACTURE ENTORSES ET FOULURES DES ARTICULATIONS ET DES MUSCL	200	22		
N282	TRAUMATISMES INTRACRANIENS SAUF FRACTURE DU CRANE	593	41	2	
N283	TRAUMATISMES INTERNES DU THORAX DE L ABDOMEN ET DU BASSIN	26	8	1	
N284	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE L OEIL	2	6		
N285	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE LA MAIN	374	24		
N286	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE SIEGES A	754	153		
N289	CORPS ETRANGER PENETRANT PAR UN AUTRE ORIFICE NATUREL	13			
N290	BRULURE INTERESSANT D AUTRES PARTIES DU CORPS OU DES PARTIES NON PRECISEES	56	5		
N292	EFFETS NOCIFS DES BARBITURIQUES	1			
N295	EFFETS TOXIQUES D AUTRES SUBSTANCES DE NATURE ESSENTIELLEMENT NON MEDICINAL	1			
N298	TRAUMATISMES AUTRES ET SANS PRECISION	160	37	4	
N299	COMPLICATIONS DUES A DES ACTES CHIRURGICAUX OU A D AUTRES SOINS MEDICAUX	10	2	25	
N300	AUTRES EFFETS NOCIFS DE CAUSES EXTERIEURES	32	9		
Y269	GROSSESSE NORMALE	12	5		
Y271	AUTRES ADMISSIONS HOSPITALIERES ET EXAMENS SPECIAUX	132	5		
TOTAUX		8420	1521	342	

A . P . PARIS — LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX— CHIRURGIE ANNEE 1970

S. E. T. I. — DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS — LE 21 12 71 PAGE 001

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
3	FIEVRE PARATYPHOIDE ET AUTRES INFECTIONS A SALMONELLA	1	1	
5	AMIBIASE	6		1
6	ENTERITES ET AUTRES MALADIES DIARRHEIQUES	36	7	2
7	AUTRES MALADIES INFECTIEUSES INTESTINALES	2		
9	TUBERCULOSE PULMONAIRE	5	5	
10	PLEURESIE TUBERCULEUSE	2	2	
12	AUTRES TUBERCULOSE DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	1		
14	TUBERCULOSE DE L INTESTIN DU PERITOINE ET DES GANGLIONS MESENTERIQUES	3	2	
15	TUBERCULOSE OSSEUSE ET ARTICULAIRE	40	5	
16	TUBERCULOSE DE L APPAREIL GENITO URINAIRE	3	1	
17	AUTRES FORMES DE TUBERCULOSE ET LEURS SEQUELLES	12	3	
24	ERYSIPELE	1		
26	TETANOS		1	
27	SEPTICEMIE	6	13	5
28	AUTRES MALADIES BACTERIENNES	2	2	1
29	POLIOMYELITE AIGUE	3	2	
30	SEQUELLES DE LA POLIOMYELITE AIGUE	10	2	
38	HEPATITE INFECTIEUSE	3	1	1
41	AUTRES MALADIES A VIRUS	2		
44	LEISHMANIOSE	1		
47	SYPHILIS RECENTE SYMPTOMATIQUE		1	
49	SYPHILIS NERVEUSE	1		
50	AUTRES FORMES DE SYPHILIS		6	
51	INFECTIONS GONOCOCCIQUES	1	1	
52	SCHISTOSOMIASE	8	1	
53	ECHINOCOCCOSE	7	2	
55	AUTRES HELMINTHIASES		3	
56	TOUTES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	4	2	
57	TUMEUR MALIGNE DE LA CAVITE BUCCALE OU DU PHARYNX	9	3	1
58	TUMEUR MALIGNE DE L ESTOMAC	137	6	18
59	TUMEUR MALIGNE DE L INTESTIN RECTUM NON COMPRIS	166	24	25
60	TUMEUR MALIGNE DU RECTUM ET DE LA JONCTION RECTO SIGMOIDIENNE	158	5	10
61	TUMEUR MALIGNE D AUTRES ORGANES DE L APPAREIL DIGESTIF ET DU PERITOINE	177	20	30
62	TUMEUR MALIGNE DU LARYNX	3	1	
63	TUMEUR MALIGNE DE LA TRACHEE DES BRONCHES ET DU POUMON	43	5	4
64	TUMEUR MALIGNE D ORGANES AUTRES OU NON PRECISES DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	2	2	
65	TUMEUR MALIGNE DES OS	12	1	1
66	TUMEUR MALIGNE DE LA PEAU	11	1	
67	TUMEUR MALIGNE DU SEIN	69	3	1
68	TUMEUR MALIGNE DU COL DE L UTERUS	9	1	1
70	AUTRES TUMEURS MALIGNES DE L UTERUS	8	2	2
71	TUMEUR MALIGNE DE L OVAIRE	5	4	1
72	TUMEUR MALIGNE D ORGANES GENITAUX DU NON PRECISES DE LA FEMME	3	1	
73	TUMEUR MALIGNE DE LA PROSTATE	13	3	1
74	TUMEUR MALIGNE DU TESTICULE	1		
75	TUMEUR MALIGNE DE LA VESSIE	7	1	

A.P. PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1970

S.E.T.I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 002

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
76	TUMEUR MALIGNE D AUTRES ORGANES GENITO URINAIRES	3	2	1
77	TUMEUR MALIGNE DU CERVEAU	4	1	1
78	TUMEUR MALIGNE D AUTRES SIEGES PRECISES	36		2
79	TUMEUR MALIGNE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES SECONDAIRE OU SANS PRECISION	3	8	
80	AUTRES TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES ET TUMEURS MALIGNES DE SIEGE NON PRECIS	48	58	19
81	MALADIE DE HODGKIN	13	3	
82	LEUCEMIES	3	1	
83	AUTRES TUMEURS DES TISSUS LYMPHATIQUES ET HEMATOPOIETIQUES	11	1	1
84	TUMEUR BENIGNE DE LA PEAU	10		
85	FIBROMYOME DE L UTERUS	54	10	
86	AUTRES TUMEURS BENIGNES DE L UTERUS	10	1	
87	TUMEUR BENIGNE DE L OVAIRE	29	11	1
88	TUMEUR BENIGNE DU REIN ET DES AUTRES ORGANES URINAIRES	1	1	
89	TUMEUR BENIGNE DU CERVEAU ET D AUTRES PARTIES DU SYSTEME NERVEUX	14		1
90	AUTRES TUMEURS BENIGNES	169	18	1
92	TUMEUR DE NATURE NON PRECISEE	35	5	2
93	GOITRE NONTOXIQUE	54		
94	THYREOTOXICOSE AVEC OU SANS GOITRE	16		
95	AUTRES MALADIES DU CORPS THYROIDE		1	
96	DIABETE SUCRE	2	64	
97	AVITAMINOSES ET AUTRES ETATS DE CARENCE	4	3	9
98	AUTRES MALADIES ENDOCRINIENNES ET METABOLIQUES	19	104	1
99	ANEMIE PAR CARENCE EN FER		2	
102	AUTRES MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES	31	17	
103	PSYCHOSE ALCOOLIQUE	2	5	
104	SCHIZOPHRENIE		2	
105	PSYCHOSES AFFECTIVES	1	2	
106	AUTRES PSYCHOSES	2	2	1
107	NEVROSES	3	6	
108	ALCOOLISME	5	93	
109	AUTRES TROUBLES MENTAUX NON PSYCHOTIQUES	4	3	1
111	MENINGITE	2	1	
113	AFFECTIONS HEREDITAIRES ET FAMILIALES DU SYSTEME NERVEUX	1		
114	SCLEROSE EN PLAQUES	2	5	
115	MALADIE DE PARKINSON	8	5	
116	EPILEPSIE	14	14	
117	AUTRES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	11	21	2
118	SCIATIQUE	51	7	
119	AUTRES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE	51	14	
123	AUTRES MALADIES INFLAMMATOIRES DE L OEIL	1		
124	STRABISME PARALYSIES OCULAIRE		1	
128	AUTRES MALADIES DE L OEIL	1	2	
131	AUTRES MALADIES DE L OREILLE ET DE L APOPHYSE MASTOIDE	3	2	
132	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		1	
133	CARDIOPATHIES RHUMATISMALES CHRONIQUES	3	1	
134	HYPERTENTION ESSENTIELLE BENIGNE	2	70	

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1970

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
135	MALADIE HYPERTENSIVES DU COEUR		1	
136	AUTRES MALADIES HYPERTENSIVES		3	
137	INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE		10	7
138	AUTRES MALADIES ISCHEMIQUES DU COEUR	3	5	
139	CARDIOPATHIES SYMPTOMATIQUES	3	13	3
140	AUTRES FORMES DE CARDIOPATHIE		7	3
141	HEMORRAGIE CEREBRALE	6	3	8
142	INFARCTUS CEREBRAL	2	2	1
143	MALADIES CEREBRO VASCULAIRES AIGUES OU MAL DEFINIES	1		6
144	AUTRES MALADIES CEREBRO VASCULAIRES	12	12	5
145	ARTERIOSCLEROSE	70	18	1
146	AUTRES MALADIES VASCULAIRES PERIPHERIQUES	1		
147	AUTRES MALADIES DES ARTERES ARTERIOLES ET CAPILLAIRES	132	45	12
148	EMBOLIE ET INFARCTUS PULMONAIRES	2	12	14
149	PHLEBITE THROMBOPHLEBITE EMBOLIE ET THROMBOSE VEINEUSE	17	20	
150	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	101	17	
151	HEMORROIDES	84	12	
152	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL CIRCULATOIRE	14	17	1
153	PHARYNGITE ET ANGINE AIGUES	5	1	
154	BRONCHITE ET BRONCHIOLITE AIGUES	1		
155	AUTRES INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPITATOIRES	1		
156	GRIPPE	2		
158	PNEUMONIE A PNEUMOCOQUES	1		
160	PNEUMONIE SANS PRECISION DU MICRO ORGANISME	1	3	2
161	BRONCHITE EMPHYSEME ET ASTHME	5	20	
162	HYPERTROPHIE DES AMYGDALES ET VEGETATIONS ADENOIDES	1		
164	DEVIATION DE CLOISON NASALE	1		
165	AUTRES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES	3		
166	PLEURESIE PURULENTE ET ABCES DU POUMON	14	4	
167	AUTRES FORMES DE PLEURESIE	7	5	1
168	PNEUMOCONIOSES ET AFFECTIONS APPARENTEES		2	
169	BRONCHECTASIE	4		
170	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	8	8	5
171	MALADIE DES DENTS ET DU PARODONTE	7		
172	AUTRES MALADIES DE LA CAVITE BUCCALE DES GLANDES SALIVAIRES ET DES MAXILLAI	3	1	
173	ULCERE DE L ESTOMAC	56	18	6
174	ULCERE DU DUODENUM	140	16	1
175	ULCERE GASTRO DUODENAL	7		
176	ULCERE GASTRO JEJUNAL	10	1	
177	GASTRITE ET DUODENITE	14	8	
178	AUTRES MALADIES DE L OESOPHAGE DE L ESTOMAC ET DU DUODENUM	30	22	1
179	APPENDICITE AIGUE	221	4	1
180	AUTRES APPENDICITES	209	4	
181	HERNIE INGUINALE SANS MENTION D OCCLUSION	248	5	
182	AUTRES HERNIES SANS MENTION D OCCLUSION	136	19	1
183	HERNIE AVEC OCCLUSION	53	4	3

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1970

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 004

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES	
184	OCCLUSION INTESTINALE SANS MENTION DE HERNIE	161	18	10	
195	ENTERITE CHRONIQUE ET COLITE ULCEREUSE	43	5	1	
196	FISSURE ET FISTULE ANALES	135	12		
197	ABCES DES REGIONS ANALE ET RECTALE	66	4		
198	AUTRES MALADIES DE L INTESTIN ET DU PERITOINE	163	60	12	
189	CIRRHOSE DU FOIE	73	35	12	
190	LITHIASE BILIAIRE ET CHOLECYSTITE	372	47	5	
191	AUTRES MALADIES DU FOIE DE LA VESICULE BILIAIRE	37	25	16	
192	MALADIE DU PANCREAS	70	21	6	
194	AUTRES NEPHRITES ET NEPHROSES	1			
195	INFECTIONS RENALES	5	3		
196	CALCULS DE L APPAREIL URINAIRE	67	19	1	
197	CYSTITE	9	1		
198	RETRECISSEMENT DE L URETRE	6	1		
199	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL URINAIRE	32	28	5	
200	HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE	56	18	1	
201	HYDROCELE	15	1		
202	PHIMOSIS ET HYPERTROPHIE DU PREPUCE	17			
203	AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX DE L HOMME	51	6		
204	MALADIES DU SEIN	17	1		
205	SALPINGITE ET OVARITE	44	5		
206	AUTRES MALADIES DE L OVAIRE DES TROMPES ET DU PARAMETRE	13	1		
207	MALADIES INFECTIEUSES DU COL UTERIN	1	2		
208	MALADIES INFECTIEUSES DE L UTERUS A L EXCLUSION DU COL DU VAGIN ET DE LA VU	28			
209	PROLAPSUS GENITAL	27	7		
210	DEVIATION DE L UTERUS		1		
211	TROUBLES DE LA MENSTRUATION	291	2		
213	AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME	13	1		
215	MENACE D AVORTEMENT	15			
216	AUTRES HEMORRAGIES GRAVIDIQUES	4			
218	TOXEMIES GRAVIDIQUES ET PUERPERALES	2			
219	AUTRES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE	22	3		
220	AVORTEMENT PROVOQUE POUR RAISONS LEGALES	8			
221	AVORTEMENTS AUTRES OU SANS PRECISION	430	13		
224	ACCOUCHEMENT COMPLIQUE DE RETENTION PLACENTAIRE OU D AUTRES HEMORRAGIES POS	12	1		
227	COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES	1			
228	INFECTIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	193	17		
229	AUTRES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUT	1	1		
230	AUTRES MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	65	17		
231	ARTHRITE RHUMATOIDE ET AFFECTIONS APPARENTEES	56	6		
232	OSTEO ARTHRITE ET AFFECTIONS APPARENTEES	367	28		
233	ARTHRITES AUTRES ET SANS PRECISION	46	4		
234	RHUMATISME NON ARTICULAIRE OU SANS PRECISION	10	2		
235	OSTEOMYELITE ET PERIOSTITE	58	8		
236	AUTRES MALADIES DES OS	104	23		
237	AFFECTIONS INTRA ARTICULAIRES	32	2		

A.P. PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1970

S.E.T.I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
238	AFFECTIONS DU DISQUE INTERVERTEBRAL	52	24	
239	SYNDROME DE DOULEUR D ORIGINE VERTEBRALE	51	1	
240	AUTRES MALADIES DES ARTICULATIONS	54	10	
241	SYNOVITE BURSITE ET TENOSYNOVITE	49	5	
242	HALLUX VALGUS ET VARUS	70	5	
243	AUTRES MALADIES DU SYSTEME OSTEO MUSCULAIRE	172	44	
244	SPINA BIFIDA ET HYDROCEPHALIE CONGENITALE	1	1	
245	ANOMALIES CONGENITALES DE L APPAREIL CIRCULATOIRE	6		
246	FISSURE DU PALAIS ET BEC DE LIEVRE	1		
248	AUTRES ANOMALIES CONGINITALES DE L APPAREIL DIGESTIF	10	3	
249	ECTOPIE TESTICULAIRE	5		
250	AUTRES ANOMALIES CONGENITALES DE L APPAREIL GENITO URINAIRE	6	1	
251	PIED BOT CONGENITAL	20	1	
252	LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE	17	4	
253	AUTRES ANOMALIES CONGENITALES DU SYSTEME OSTEO MUSCULAIRE	43	6	
254	ANOMALIES CONGENITALES AUTRES ET SANS PRECISION	16	3	
256	ASPHYSIE ANOXIE OU HYPOXIE		1	
259	AUTRES CAUSES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE PERINATALES	14		
260	DEFAILLANCE CARDIAQUE AIGUE NON PRECISEE	1	1	6
261	HEMATEMESE	50	23	9
262	DOULEUR ABDOMINALE	277	7	2
266	AUTRES SYMPTOMES	200	83	17
267	SENILITE SANS MENTION DE PSYCHOSE	1	9	2
268	AUTRES ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	54	17	42
E272	ACCIDENT DE CHEMIN DE FER		6	
E273	ACCIDENTS DE VEHICULE A MOTEUR AVEC LESION DU OCCUPANT		23	
E274	ACCIDENTS DE VEHICULE A MOTEUR AVEC LESION D UN CYCLISTE		2	
E275	ACCIDENTS DE VEHICULES A MOTEUR AVEC LESION D UN PIETON		7	
E276	ACCIDENTS DE VEHICULE A MOTEUR AVEC LESION DU UNE PERSONNE AUTRE OU NON PRE	1	114	
E277	AUTRES ACCIDENTS DE TRANSPORT ROUTIER	8	267	
E278	ACCIDENTS DE TRANSPORT PAR EAU		10	
E280	EMPUISONNEMENTS ACCIDENTELS PAR MEDICAMENTS	2	3	
E281	EMPOISEMENTS ACCIDENTELS PAR D AUTRES SUBSTANCES SOLIDES ET LIQUIDES		2	
E283	CHUTE ACCIDENTELLE DE OU SUR UN ESCALIER UNE ECHELLE OU UN ECHAFAUDAGE		79	
E284	AUTRES CHUTES ACCIDENTELLES D UN NIVEAU A UN AUTRE		36	
E285	CHUTE ACCIDENTELLE DE PLEIN PIED		71	
E286	CHUTES ACCIDENTELLES AUTRES ET SANS PRECISION	2	231	
E288	INFLAMMATION ACCIDENTELLE DES VETEMENTS OU D UNE SUBSTANCE TRES INFLAMMABLE		2	
E290	ACCIDENTS DUS A DES FEUX AUTRES OU NON PRECISES	1		
E292	ACCIDENTS CAUSES PAR PROJECTILES D ARMES A FEU	3	2	
E293	ACCIDENTS ET COMPLICATIONS RESULTANT D ACTES CHIRURGICAUX OU MEDICAUX	6	20	2
E294	ACCIDENTS AUTRES OU NON PRECISES SEQUELLES D ACCIDENTS	11	412	1
E295	SUICIDE ET EMPOISONNEMENTS VOLONTAIRES PAR SUBSTANCES SOLIDES OU LIQUIDES	4		
E297	SUICIDE ET LESIONS FAITES VOLONTAIREMENT A SOI MEME PAR UN MOYEN AUTRE OU N	7	10	1
E298	HOMICIDE ET LESIONS PROVOQUEES INTENTIONNELLEMENT PAR UNE AUTRE PERSONNE ET	3	69	
E299	LESIONS CAUSEES D UNE MANIERE INDETERMINEE QUANT A L INTENTION		4	

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE ANNEE 1970

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 006

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES	
N272	FRACTURE DES OS DE LA FACE	20	54		
N273	AUTRES FRACTURES DU CRANE	28	25		
N274	FRACTURES DE LA COLONNE VERTEBRALE ET DU TRONC	164	86		
N275	FRACTURES DE L HUMERUS DU RADIUS ET DU CUBITUS	426	87	2	
N276	FRACTURES DES PHALANGES ET DES METACARPIENS	118	28		
N277	FRACTURE DU COL DU FEMUR	344	20	13	
N278	FRACTURES DE PARTIES AUTRES OU NON PRECISEES DU FEMUR	117	19	1	
N279	FRACTURES DU TIBIA DU PERONE ET DE LA CHEVILLE	414	63	2	
N280	AUTRES FRACTURES DES MEMBRES	208	65		
N281	LUXATIONS SANS FRACTURE ENTORSES ET FOULURES DES ARTICULATIONS ET DES MUSCL	258	42		
N282	TRAUMATISMES INTRACRANIENS SAUF FRACTURE DU CRANE	973	56	5	
N283	TRAUMATISMES INTERNES DU THORAX DE L ABDOMEN ET DU BASSIN	32	24	3	
N284	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE L OEIL	2	5		
N285	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE LA MAIN	336	35		
N286	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE SIEGES A	714	357	4	
N288	CORPS ETRANGER PENETRANT PAR UN AUTRE ORIFICE NATUREL	4	2	1	
N290	BRULURE INTERESSANT D AUTRES PARTIES DU CORPS OU DES PARTIES NON PRECISEES	52	13		
N292	EFFETS NOCIFS DES BARBITURIQUES		1		
N293	EFFETS NOCIFS D AUTRES AGENTS PHARMACOLOGIQUES	2	4	1	
N295	EFFETS TOXIQUES D AUTRES SUBSTANCES DE NATURE ESSENTIELLEMENT NON MEDICINAL	1			
N298	TRAUMATISMES AUTRES ET SANS PRECISION	129	41		
N299	COMPLICATIONS DUES A DES ACTES CHIRURGICAUX OU A D AUTRES SOINS MEDICAUX	37	31	10	
N300	AUTRES EFFETS NOCIFS DE CAUSES EXTERIEURES	49	22		
Y269	GROSSESSE NORMALE	9	12		
Y271	AUTRES ADMISSIONS HOSPITALIERES ET EXAMENS SPECIAUX	280	42		
T O T A U X		12584	4257	423	

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE 1ER SEMESTRE 1971

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 001

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
5	AMIBIASE	1		
6	ENTERITES ET AUTRES MALADIES DIARRHEIQUES	17	6	
9	TUBERCULOSE PULMONAIRE	2	4	
10	PLEURESIE TUBERCULEUSE	1	1	
12	AUTRES TUBERCULOSE DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	1		
14	TUBERCULOSE DE L INTESTIN DU PERITOINE ET DES GANGLIONS MESENTERIQUES		1	
15	TUBERCULOSE OSSEUSE ET ARTICULAIRE	2		
16	TUBERCULOSE DE L APPAREIL GENITO URINAIRE	2	1	
17	AUTRES FORMES DE TUBERCULOSE ET LEURS SEQUELLES	8		
24	ERYSIPELE		1	
27	SEPTICEMIE	2	8	1
28	AUTRES MALADIES BACTERIENNES		1	
30	SEQUELLES DE LA POLIOMYELITE AIGUE		1	
38	HEPATITE INFECTIEUSE		2	
41	AUTRES MALADIES A VIRUS	4	1	
47	SYPHILIS RECENTE SYMPTOMATIQUE	1		
50	AUTRES FORMES DE SYPHILIS	1	1	
52	SCHISTOSOMIASE	1		
53	ECHINOCOCCOSE	5	2	
56	TOUTES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	1	1	
57	TUMEUR MALIGNE DE LA CAVITE BUCCALE OU DU PHARYNX	14	2	
58	TUMEUR MALIGNE DE L ESTOMAC	61	2	5
59	TUMEUR MALIGNE DE L INTESTIN RECTUM NON COMPRIS	96	9	9
60	TUMEUR MALIGNE DU RECTUM ET DE LA JONCTION RECTO SIGMOIDIENNE	66	2	3
61	TUMEUR MALIGNE D AUTRES ORGANES DE L APPAREIL DIGESTIF ET DU PERITOINE	73	14	23
62	TUMEUR MALIGNE DU LARYNX		1	
63	TUMEUR MALIGNE DE LA TRACHEE DES BRONCHES ET DU POUMON	24	1	
64	TUMEUR MALIGNE D ORGANES AUTRES OU NON PRECISES DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	2		1
65	TUMEUR MALIGNE DES OS	8	1	
66	TUMEUR MALIGNE DE LA PEAU	16	2	
67	TUMEUR MALIGNE DU SEIN	33	4	1
68	TUMEUR MALIGNE DU COL DE L UTERUS	5	2	1
70	AUTRES TUMEURS MALIGNES DE L UTERUS	5	1	1
71	TUMEUR MALIGNE DE L OVAIRE	4	2	1
72	TUMEUR MALIGNE D ORGANES GENITAUX OU NON PRECISES DE LA FEMME	1		
73	TUMEUR MALIGNE DE LA PROSTATE	9		1
74	TUMEUR MALIGNE DU TESTICULE	2	1	
75	TUMEUR MALIGNE DE LA VESSIE	8		1
76	TUMEUR MALIGNE D AUTRES ORGANES GENITO URINAIRES	10		
77	TUMEUR MALIGNE DU CERVEAU	10		1
78	TUMEUR MALIGNE D AUTRES SIEGES PRECISES	18	2	
79	TUMEUR MALIGNE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES SECONDAIRE OU SANS PRECISION	3	4	
80	AUTRES TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES ET TUMEURS MALIGNES DE SIEGE NON PRECIS	39	35	12
81	MALADIE DE HODGKIN	11	1	
82	LEUCEMIES	1	2	1
83	AUTRES TUMEURS DES TISSUS LYMPHATIQUES ET HEMATOPOIETIQUES	5	5	

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE 1ER SEMESTRE 1971

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 002

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
84	TUMEUR BENIGNE DE LA PEAU	11		
85	FIBROMYOME DE L UTERUS	32	3	
86	AUTRES TUMEURS BENIGNES DE L UTERUS	7	1	
87	TUMEUR BENIGNE DE L OVAIRE	23	6	
88	TUMEUR BENIGNE DU REIN ET DES AUTRES ORGANES URINAIRES	5	1	
89	TUMEUR BENIGNE DU CERVEAU ET D AUTRES PARTIES DU SYSTEME NERVEUX	19	1	
90	AUTRES TUMEURS BENIGNES	105	4	
92	TUMEUR DE NATURE NON PRECISEE	17	1	1
93	GOITRE NONTOXIQUE	46	3	
94	THYREOTOXICOSE AVEC OU SANS GOITRE	21	1	
95	AUTRES MALADIES DU CORPS THYROIDE	2	2	
96	DIABETE SUCRE		41	2
97	AVITAMINOSES ET AUTRES ETATS DE CARENCE	2	1	
98	AUTRES MALADIES ENDOCRINIENNES ET METABOLIQUES	5	82	2
99	ANEMIE PAR CARENCE EN FER	1		
100	ANEMIE PAR CARENCE EN VITAMINE B12	1		
102	AUTRES MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES	17	12	
103	PSYCHOSE ALCOOLIQUE		1	1
104	SCHIZOPHRENIE		1	
105	PSYCHOSES AFFECTIVES	1		
106	AUTRES PSYCHOSES	1	2	
107	NEVROSES	2		
108	ALCOOLISME	1	28	
109	AUTRES TROUBLES MENTAUX NON PSYCHOTIQUES	2	1	
111	MENINGITE	2	1	
112	AUTRES MALADIES INFLAMMATOIRES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	1		
114	SCLEROSE EN PLAQUES	3		
115	MALADIE DE PARKINSON	5	3	
116	EPILEPSIE	12	9	
117	AUTRES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	29	11	1
118	SCIATIQUE	45	11	
119	AUTRES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE	36	14	
121	IRITIS CHOROIDITE ET AUTRES INFLAMMATIONS DU TRACTUS UVEAL		1	
125	CATARACTE	1		
128	AUTRES MALADIES DE L OEIL	2	1	
129	OTITE MOYENNE SANS MENTION DE MASTOIDITE		1	
131	AUTRES MALADIES DE L OREILLE ET DE L APOPHYSE MASTOIDE	3	4	
133	CARDIOPATHIES RHUMATISMALES CHRONIQUES		2	
134	HYPERTENTION ESSENTIELLE BENIGNE	3	38	
136	AUTRES MALADIES HYPERTENSIVES	4	1	
137	INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE	1	8	3
138	AUTRES MALADIES ISCHEMIQUES DU COEUR		6	
139	CARDIOPATHIES SYMPTOMATIQUES		7	5
140	AUTRES FORMES DE CARDIOPATHIE		3	3
141	HEMORRAGIE CEREBRALE	5	1	1
142	INFARCTUS CEREBRAL	13		

A . P . PARIS – LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE 1ER SEMESTRE 1971

S. E. T. I. – DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS – LE 21 12 71 PAGE 003

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
143	MALADIES CEREBRO VASCULAIRES AIGUES OU MAL DEFINIES		1	5
144	AUTRES MALADIES CEREBRO VASCULAIRES	18	3	7
145	ARTERIOSCLEROSE	48	14	4
146	AUTRES MALADIES VASCULAIRES PERIPHERIQUES	4		
147	AUTRES MALADIES DES ARTERES ARTERIOLES ET CAPILLAIRES	85	20	12
148	EMBOLIE ET INFARCTUS PULMONAIRES		1	5
149	PHLEBITE THROMBOPHLEBITE EMBOLIE ET THROMBOSE VEINEUSE	10	7	
150	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	74	9	
151	HEMORROIDES	36	3	
152	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL CIRCULATOIRE	5	12	2
153	PHARYNGITE ET ANGINE AIGUES	12	4	
155	AUTRES INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPIRATOIRES		2	
156	GRIPPE	2	1	
160	PNEUMONIE SANS PRECISION DU MICRO ORGANISME			1
161	BRONCHITE EMPHYSEME ET ASTHME	3	11	
162	HYPERTROPHIE DES AMYGDALES ET VEGETATIONS ADENOIDES	1		
163	SINUSITE CHRONIQUE	1		
164	DEVIATION DE CLOISON NASALE	6		
165	AUTRES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES	5	2	
166	PLEURESIE PURULENTE ET ABCES DU POUMON	5	4	1
167	AUTRES FORMES DE PLEURESIE		2	
170	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL RESPIRATOIRE	7	2	3
171	MALADIE DES DENTS ET DU PARODONTE	5		
172	AUTRES MALADIES DE LA CAVITE BUCCALE DES GLANDES SALIVAIRES ET DES MAXILLAI	2	1	
173	ULCERE DE L ESTOMAC	49	7	3
174	ULCERE DU DUODENUM	63	14	2
175	ULCERE GASTRO DUODENAL	2	1	
176	ULCERE GASTRO JEJUNAL	6	1	1
177	GASTRITE ET DUODENITE	6	4	
178	AUTRES MALADIES DE L OESOPHAGE DE L ESTOMAC ET DU DUODENUM	18	8	
179	APPENDICITE AIGUE	79	1	
180	AUTRES APPENDICITES	178	2	
181	HERNIE INGUINALE SANS MENTION D OCCLUSION	139	2	
182	AUTRES HERNIES SANS MENTION D OCCLUSION	94	16	
183	HERNIE AVEC OCCLUSION	27	1	
184	OCCLUSION INTESTINALE SANS MENTION DE HERNIE	95	18	10
185	ENTERITE CHRONIQUE ET COLITE ULCEREUSE	19		
186	FISSURE ET FISTULE ANALES	59	2	
187	ABCES DES REGIONS ANALE ET RECTALE	30		
188	AUTRES MALADIES DE L INTESTIN ET DU PERITOINE	72	40	9
189	CIRRHOSE DU FOIE	43	21	8
190	LITHIASE BILIAIRE ET CHOLECYSTITE	215	29	
191	AUTRES MALADIES DU FOIE DE LA VESICULE BILIAIRE	13	8	2
192	MALADIE DU PANCREAS	38	9	2
194	AUTRES NEPHRITES ET NEPHROSES	1		
195	INFECTIONS RENALES	8	2	

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE 1ER SEMESTRE 1971

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 004

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES	
196	CALCULS DE L APPAREIL URINAIRE	51	4		
197	CYSTITE	2			
198	RETRECISSEMENT DE L URETRE	5			
199	AUTRES MALADIES DE L APPAREIL URINAIRE	9	26	1	
200	HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE	40	8		
201	HYDROCELE	3			
202	PHIMOSIS ET HYPERTROPHIE DU PREPUCE	3			
203	AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX DE L HOMME	29	3		
204	MALADIES DU SEIN	20			
205	SALPINGITE ET OVARITE	40	3		
206	AUTRES MALADIES DE L OVAIRE DES TROMPES ET DU PARAMETRE	8	5		
208	MALADIES INFECTIEUSES DE L UTERUS A L EXCLUSION DU COL DU VAGIN ET DE LA VU	9	1		
209	PROLAPSUS GENITAL	19	2		
211	TROUBLES DE LA MENSTRUATION	125	3		
213	AUTRES MALADIES DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME	11	3		
214	INFECTIONS DE L APPAREIL GENITO URINAIRE SURVENANT AU COURS DE LA GROSSESSE	1			
215	MENACE D AVORTEMENT	3	1		
216	AUTRES HEMORRAGIES GRAVIDIQUES	3			
218	TOXEMIES GRAVIDIQUES ET PUERPERALES	1			
219	AUTRES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE	7			
221	AVORTEMENTS AUTRES OU SANS PRECISION	215	1		
224	ACCOUCHEMENT COMPLIQUE DE RETENTION PLACENTAIRE OU D AUTRES HEMORRAGIES POS	26	1		
226	ACCOUCHEMENT AVEC D AUTRES COMPLICATIONS Y COMPRIS DECES PENDANT L ANESTHES	1			
227	COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES	3	1		
228	INFECTIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	82	5		
229	AUTRES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUT	4			
230	AUTRES MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	53	5		
231	ARTHRITE RHUMATOIDE ET AFFECTIONS APPARENTEES	28	1		
232	OSTEO ARTHRITE ET AFFECTIONS APPARENTEES	143	22		
233	ARTHRITES AUTRES ET SANS PRECISION	20			
234	RHUMATISME NON ARTICULAIRE OU SANS PRECISION	1			
235	OSTEOMYELITE ET PERIOSTITE	39	3		
236	AUTRES MALADIES DES OS	59	19	2	
237	AFFECTIONS INTRA ARTICULAIRES	28	1		
238	AFFECTIONS DU DISQUE INTERVERTEBRAL	34	35		
239	SYNDROME DE DOULEUR D ORIGINE VERTEBRALE	22	3		
240	AUTRES MALADIES DES ARTICULATIONS	19	1		
241	SYNOVITE BURSITE ET TENOSYNOVITE	20	2		
242	HALLUX VALGUS ET VARUS	33	2		
243	AUTRES MALADIES DU SYSTEME OSTEO MUSCULAIRE	58	11		
244	SPINA BIFIDA ET HYDROCEPHALIE CONGENITALE	1			
246	FISSURE DU PALAIS ET BEC DE LIEVRE	4			
248	AUTRES ANOMALIES CONGINITALES DE L APPAREIL DIGESTIF	4			
249	ECTOPIE TESTICULAIRE	2	1		
250	AUTRES ANOMALIES CONGENITALES DE L APPAREIL GENITO URINAIRE	6	3		
251	PIED BOT CONGENITAL	4	1		

A . P . PARIS - LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX- CHIRURGIE 1ER SEMESTRE 1971

S. E. T. I. - DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS - LE 21 12 71 PAGE 005

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL.	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES
252	LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE	6	2	
253	AUTRES ANOMALIES CONGENITALES DU SYSTEME OSTEO MUSCULAIRE	23	10	
254	ANOMALIES CONGENITALES AUTRES ET SANS PRECISION	29	3	
259	AUTRES CAUSES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE PERINATALES	8		
260	DEFAILLANCE CARDIAQUE AIGUE NON PRECISEE		1	8
261	HEMATEMESE	20	15	5
262	DOULEUR ABDOMINALE	125	3	1
266	AUTRES SYMPTOMES	122	29	7
267	SENILITE SANS MENTION DE PSYCHOSE	2	4	4
268	AUTRES ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	55	5	22
E272	ACCIDENT DE CHEMIN DE FER		2	
E273	ACCIDENTS DE VEHICULE A MOTEUR AVEC LESION DU OCCUPANT	1	22	
E275	ACCIDENTS DE VEHICULES A MOTEUR AVEC LESION D UN PIETON		11	
E276	ACCIDENTS DE VEHICULE A MOTEUR AVEC LESION DU UNE PERSONNE AUTRE OU NON PRE		85	
E277	AUTRES ACCIDENTS DE TRANSPORT ROUTIER	1	19	
E278	ACCIDENTS DE TRANSPORT PAR EAU		1	
E279	ACCIDENTS D AVIATION ET DE VOL SPATIAL		1	
E280	EMPOISONNEMENTS ACCIDENTELS PAR MEDICAMENTS		2	
E281	EMPOISEMENTS ACCIDENTELS PAR D AUTRES SUBSTANCES SOLIDES ET LIQUIDES		1	
E283	CHUTE ACCIDENTELLE DE OU SUR UN ESCALIER UNE ECHELLE OU UN ECHAFAUDAGE		86	
E284	AUTRES CHUTES ACCIDENTELLES D UN NIVEAU A UN AUTRE	1	61	
E285	CHUTE ACCIDENTELLE DE PLEIN PIED	1	149	
E286	CHUTES ACCIDENTELLES AUTRES ET SANS PRECISION	1	292	
E287	INCENDIE ACCIDENTEL		1	
E288	INFLAMMATION ACCIDENTELLE DES VETEMENTS OU D UNE SUBSTANCE TRES INFLAMMABLE		3	
E289	ACCIDENTS DUS A DES FEUX CONTROLES		1	
E290	ACCIDENTS DUS A DES FEUX AUTRES OU NON PRECISES		3	
E292	ACCIDENTS CAUSES PAR PROJECTILES D ARMES A FEU	1	3	
E293	ACCIDENTS ET COMPLICATIONS RESULTANT D ACTES CHIRURGICAUX OU MEDICAUX		17	1
E294	ACCIDENTS AUTRES OU NON PRECISES SEQUELLES D ACCIDENTS		696	
E295	SUICIDE ET EMPOISONNEMENTS VOLONTAIRES PAR SUBSTANCES SOLIDES OU LIQUIDES	1	2	
E297	SUICIDE ET LESIONS FAITES VOLONTAIREMENT A SOI MEME PAR UN MOYEN AUTRE OU N		8	1
E298	HOMICIDE ET LESIONS PROVOQUEES INTENTIONNELLEMENT PAR UNE AUTRE PERSONNE ET	2	98	
E299	LESIONS CAUSEES D UNE MANIERE INDETERMINEE QUANT A L INTENTION		3	
E300	BLESSURES DE GUERRE		1	
N272	FRACTURE DES OS DE LA FACE	19	8	
N273	AUTRES FRACTURES DU CRANE	15	11	1
N274	FRACTURES DE LA COLONNE VERTEBRALE ET DU TRONC	92	38	
N275	FRACTURES DE L HUMERUS OU RADIUS ET DU CUBITUS	221	23	
N276	FRACTURES DES PHALANGES ET DES METACARPIENS	45	7	
N277	FRACTURE DU COL DU FEMUR	128	8	5
N278	FRACTURES DE PARTIES AUTRES OU NON PRECISEES DU FEMUR	56	11	
N279	FRACTURES DU TIBIA DU PERONE ET DE LA CHEVILLE	187	22	
N280	AUTRES FRACTURES DES MEMBRES	68	20	
N281	LUXATIONS SANS FRACTURE ENTORSES ET FOULURES DES ARTICULATIONS ET DES MUSCL	142	22	
N282	TRAUMATISMES INTRACRANIENS SAUF FRACTURE DU CRANE	401	22	3

A . P . PARIS – LISTE DE 300 RUBRIQUES POUR LA MISE EN TABLEAUX– CHIRURGIE 1ER SEMESTRE 1971

S. E. T. I. – DES CAUSES DE MORBIDITE A L USAGE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS – LE 21 12 71

RUBRIQUE	LIBELLE	MOTIF HOSPITAL	MALADIES ASSOC.	CAUSE DECES	
N283	TRAUMATISMES INTERNES DU THORAX DE L ABDOMEN ET DU BASSIN	30	5		
N284	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE L OEIL	4	3		
N285	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE LA MAIN	157	14		
N286	DECHIRURE PLAIE TRAUMATISME SUPERFICIEL CONTUSION ET ECRASEMENT DE SIEGES A	300	155		
N288	CORPS ETRANGER PENETRANT PAR UN AUTRE ORIFICE NATUREL	7			
N290	BRULURE INTERESSANT D AUTRES PARTIES DU CORPS OU DES PARTIES NON PRECISEES	38	3		
N293	EFFETS NOCIFS D AUTRES AGENTS PHARMACOLOGIQUES	3	2		
N295	EFFETS TOXIQUES D AUTRES SUBSTANCES DE NATURE ESSENTIELLEMENT NON MEDICINAL	1			
N298	TRAUMATISMES AUTRES ET SANS PRECISION	47	5		
N299	COMPLICATIONS DUES A DES ACTES CHIRURGICAUX OU A D AUTRES SOINS MEDICAUX	15	8	2	
N300	AUTRES EFFETS NOCIFS DE CAUSES EXTERIEURES	39	7	1	
Y269	GROSSESSE NORMALE	14	3		
Y271	AUTRES ADMISSIONS HOSPITALIERES ET EXAMENS SPECIAUX	103	25		
TOTAUX		6470	2962	222	

TABLEAU RECAPITULATIF ET EXPLICATIF DES TABLEAUX SUIVANTS

Tableaux Concernant la Mortalité et les Maladies Associées Inventoriées

Le Tableau II envisage les causes de décès en Chirurgie, regroupées en chapitres, en regard desquels figurent le nombre de décès de 1969, de 1970, et du premier semestre 1971, ainsi que leur somme. Chacun de ces nombres est accompagné d'un pourcentage par rapport au nombre total de décès dans la période envisagée.
A noter que le chapitre " autres causes " regroupe toutes les affections définies mais ne rentrant pas dans les chapitres précédents, par opposition aux " symptômes et états morbides mal définis ".

Le Tableau III reproduit partiellement les résultats, concernant la France entière, des études statistiques des causes médicales de décès de l'I.N.S.E.R.M, sur l'année 1968, avec les nombres de décès correspondant aux mêmes chapitres que précédemment et leur pourcentage par rapport au total des décès de cette année-là.

Le Tableau IV fait état d'une étude détaillée des causes de décès par grande pathologie, année par année, avec le total des trois périodes 1969, 1970, 1er semestre 1971.
Les pourcentages exprimés entre parenthèses résultent d'un rapport entre le nombre de décès constatés par grande pathologie et le nombre, annuel, ou semestriel pour 1971, de décès dans le chapitre correspondant.

Le Tableau V étudie de manière comparative les décès survenus en Chirurgie en 1969 et 1970

Le Tableau VI reproduit le nombre de séjours hospitaliers, le nombre de décès, le nombre d'affections associées inventoriées durant les trois périodes, ainsi que leur total.
Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de séjours de la même période.

TABLEAUX CONCERNANT LA MORBIDITE

Le Tableau VII reproduit les Chapitres de la Classification Statistiques des maladies, de l'O.M.S.
Il sert à décoder le Tableau VIII.
Ces Chapitres ont servi de base aux Tableaux I et II

Le Tableau VIII relève l'effectif total de séjours correspondant à chacun des Chapitres du Tableau VII, avec leur pourcentage par rapport au nombre total de séjours annuels ou semestriels, en 1969, 1970, 1er semestre 1971 et durant ces cinq semestres.
Le signe * signale l'existence d'une modification significative, durant les trois périodes 1969, 1970, 1er semestre 1971.

Les tableaux IX - X - XI et XII relèvent un certain nombre de rubriques, parfois regroupées, pour leur intérêt particulier en Chirurgie.
Dans chacune des périodes 1969, 1970, et 1er semestre 1971, nous indiquons l'effectif à titre de maladie principale, M.P ; l'effectif à titre de maladie associée entre parenthèses, (MA) ; la somme des effectifs MP + (MA) , c'est à dire l'effectif total. Il est ensuite mentionné le pourcentage par rapport au nombre de séjours total durant la période correspondante.
Dans la dernière colonne, nous avons fait la somme des trois effectifs totaux des colonnes précédentes, et son rapport avec le nombre total des séjours enregistrés durant deux ans et demi.
Le signe * a la même signification que dans le Tableau VIII.

Le Tableau XIII , dans le même ordre d'idée, s'intéresse, à titre comparatif, à quelques unes des rubriques intéressantes, mais dont les chiffres sont ceux des services de Médecine du système des Archives Centralisées de l'Assistance Publique.

CAUSES DE DECES EN CHIRURGIE	1969		1970		1er sem. 1971		TOTAL	
	N	N/T	N	N/T	N	N/T	N	N/T
TUMEURS	87	25%	124	29,3%	62	28%	273	27,6%
MALADIES CARDIO VASCULAIRES	55	16%	61	14,4%	47	21,1%	163	16,5%
MALADIES DIGESTIVES	42	12,3%	75	17,7%	37	16,6%	154	15,6%
SYMPTOMES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS *	104 *	30,4%	78 *	18,4%	47 *	21,1%	229	23,2%
ACCIDENTS, TRAUMATISMES, EMPOISONNEMENTS (selon leur Nature)	39	11,4%	42	10%	12*	5,4%	93	9,4%
AUTRES CAUSES		4,9%		10,2%		7,8%		7,6%
TOTAL DES MORTS (T)	342		423		222		987	

* Modification significative

TABLEAU II

STATISTIQUES DES CAUSES MEDICALES DE DECES RESULTATS FRANCE ENTIERE INSERM 1968

CAUSES DE DECES	NOMBRE	POURCENTAGE
TUMEURS	118 993	13,6%
MALADIES CARDIO VASCULAIRES	285 032	32,6%
MALADIES DIGESTIVES	45 562	5,2%
SYMPTOMES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	150 853	17,3%
ACCIDENTS, TRAUMATISMES, EMPOISONNEMENTS (selon leur Nature)	48 068	5,5%

TABLEAU III

DECES PAR	1969	1970	1er sem. 1971	TOTAL
Tumeurs	87	124	62	273
Tumeurs Malignes (TM)	87(100%)	119(96%)	61(98,5%)	267(98%)
- TM digestives	57(65,5%)	83(67%)	40(64,5%)	180(66%)
TM de l'estomac	9	18	5	32
TM de l'intestin, rectum non compris	18	25	9	52
TM du rectum et de la jonction recto-sigmoïdienne	4	10	3	17
Autres TM digestives et péritonéales	26	30	23	79
- TM Génitales de la femme	5(5,75%)	4(3,25%)	3(4,85%)	12(4,5%)
TM de l'utérus	4	3	2	9
- Autres TM secondaires et TM de siège non précisé	16(18,4%)	19(15,3%)	12(19,3%)	47(17,2%)
Madadies Cardio-Vasculaires	55	61	47	163
- Infarctus du myocarde	5(9,1%)	7(11,5%)	3(6,4%)	15(9,2%)
- Hémorragie cérébrale	10	8	1	19
- Infarctus cérébral	5	1	0	6 (33%)
- Maladies cérébro vasculaires aigües, maldéfinies, et autres	6	11	12	29
- Embolie et Infarctus pulmonaires	10(18,2%)	14(23%)	5(10,6%)	29(17,8%)
Maladies Digestives	42	75	37	154
- Occlusion	7	13	10	30(19,5%)
- Lithiase biliaire, Cholécystite, et autres maladies du Foie et des Voies Biliaires	14	27	2	43(28%)
- Péritonite	12	12	9	33(21%)
- Pancréatite Aigüe	7	15	4	26(17%)
- Ulcère Gastrique et Duodénal	4	7	6	17(11%)
- Appendicite	0	1	0	1(0,6%)
Symptômes et Etats Morbides mal Définis	104	78	47	229
- Défaillance Cardiaque	14	6	8	28(12,2%)
- Hématémèse	11	9	5	25(10,8%)
- Sénilité	15	2	4	21(9,2%)
Accidents, Traumatismes, Empoisonnements selon leur Nature	39	42	12	93
- Complications dues à des actes chirurgicaux ou d'autres soins médicaux	25(64%)	10(23,8%)	2(16,7%)	37(40%)

TABLEAU IV

CAUSES DE DECES EN CHIRURGIE	1969		1970	
	Nbre N1	N1 / 8420 hosp.	Nbre N2	N2 / 12584 hosp.
Maladies Infectieuses et parasitaires	2		7	
dont Septicémie	1	0,012%	6	0,048%
Tumeurs	87	1,02%	119	0,95%
Maladies Nutritionnelles, Métaboliques, et Endocriniennes	1	0,01%	10	0,08%
dont Avitaminoses	1	0,01%	9	0,07%
Maladies Cardio-vasculaires	61	0,725%	65	0,32%
dont Embolie Pulmonaire	9	0,107%	14	0,110%
Maladies Respiratoires	2	0,024%	8	0,064%
Maladies Digestives	42	0,50%	75	0,60%
dont Occlusion	7		13	
Autres Maladies de l'Intestin et du Péritoine	12		12	
Maladies du Foie, des Voies Biliaires et du Pancréas	17	0,20%	39	0,31%
Symptômes et Etats Morbides Mal Définis	104	1,24%	78	0,62%
dont Défaillance cardiaque	14		6	
Hématémèse	11		9	
Sénilité	15		2	
Autres Etats Morbides Mal Définis	49		42	
Accidents, Traumatismes, Empoisonnements d'après leur nature	39	0,46%	42	0,33%
dont Fracture du col du fémur	5		13	
Complications des Actes Chirurgicaux ou des soins médicaux	25	0,30%	10	0,08%
Traumatismes Intracrâniens	2		5	

TABLEAU V

NOMBRE	1969	1970	1er sem. 1971	TOTAL
D'Hospitalisations en Chirurgie	8 420	12 584	6 470	27 474
de Décès en Chirurgie	342 soit 4,06%	423 soit 3,36%	222 soit 3,43%	987 soit 3,59%
de Maladies Associées Inventoriées	1 521 soit 18,08%	4 257 soit 34%	2 962 soit 51,7%	8 740 soit 30,2%

TABLEAU VI

LISTE DES CHAPITRES DE LA CLASSIFICATION O.M.S.

I. Maladies infectieuses et parasitaires

II. Tumeurs

III. Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme

IV. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques

V. Troubles mentaux

VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens

VII. Maladies de l'appareil circulatoire

VIII. Maladies de l'appareil respiratoire

IX. Maladies de l'appareil digestif

X. Maladies des organes génito-urinaires

XI. Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches

XII. Maladies de la peau et du tissu sous-cutané

XIII. Maladies du système ostéo-musculaire et des tissus conjonctifs

XIV. Anomalies congénitales

XV. Causes de morbidité et de mortalité prénatales

XVI. Symptômes et états morbides mal définis

XVII_E. Accidents, empoisonnements et traumatismes d'après leur cause

XVII_N. Accidents, empoisonnements et traumatismes d'après leur nature

XVIII. Rubriques supplémentaires

TABLEAU VII

Chapitre	1969		1970		1er sem. 1971		TOTAL	
	T1	T1/8420	T2	T2/12584	T3	T3/6470	T	T/27474
I *	124	1,47%	223	1,8%	80	1,24%	427	1,55%
II*	705	8,3%	1 479	11,8%	853	13,2%	3 037	11,8%
III*	58	0,7%	267	2,1%	206	3,2%	531	1,9%
IV	24	0,3%	50	0,4%	31	0,5%	105	0,4%
V *	61	0,7%	130	1,0%	40	0,6%	231	0,8%
VI *	76	0,9%	215	1,7%	195	3,0%	486	1,8%
VII*	368	4,4%	722	5,7%	442	6,8%	1 532	5,6%
VIII*	35	0,4%	97	0,8%	70	1,1%	202	0,7%
IX *	1 369	16,3%	2 629	20,8%	1 438	22,2%	5 436	19,7%
X *	627	7,4%	799	6,3%	443	6,9%	1 840	6,7%
XI *	424	5,0%	511	4,0%	264	4,0%	1 199	4,4%
XII	204	2,4%	259	2,0%	149	2,6%	612	2,2%
XIII*	584	6,9%	1 121	8,9%	604	9,3%	2 309	8,4%
XIV*	78	0,9%	144	1,1%	99	1,5%	321	1,2%
XV	8		15		8		31	0,1%
XVI	549	6,5%	723	5,7%	384	5,9%	1 656	6,0%
XVII_E*	240	2,8%	1 418	11,2%	1 577	24,2%	3 235	11,7%
XVII_N*	4 160	49,5%	5 528	46,0%	2 399	37,0%	12 087	43,8%
XVIII*	154	1,8%	343	2,7%	145	2,2%	642	2,3%

* Variation significative des chiffres pendant les trois périodes 1969, 1970 et 1er sem.71

TABLEAU VIII

TABLEAU IX

Nombre total des hospitalisations en	N1= 8 420 1969			N2= 12 584 1970			N3= 6 470 1971(1er sem.)			N= 27 474 au total	
Quelques unes des 300 rubriques (chiffres relevés en Chirurgie)	MP (MA)	T	T/N1	MP (MA)	T	T/N2	MP (MA)	T	T/N3	T	T/N
*Tuberculose	45(13)	58	0,69%	66(18)	84	0,67%	16(7)	23	0,35%	165	0,60%
Septicémie	3(7)	10	0,12%	6(13)	19	0,15%	2(8)	10	0,15%	39	0,14%
Hépatite	1(0)	1	0,01%	3(1)	4	0,03%	0(2)	2	0,03%	7	0,02%
Ecchinococcose	15(0)	15	0,18%	7(2)	9	0,07%	5(2)	7	0,11%	31	0,11%
Tumeurs Malignes											
- Bouche et Pharynx	7(1)	8		9(3)	12		14(2)	16		36	0,13%
- Estomac	80(2)	82	0,98%	137(6)	143	I,14%	61(2)	63	0,98%	288	1,00%
- Intestin sauf rectum	93(10)	103	1,19%	166(24)	190	1,51%	96(9)	105	1,62%	398	1,45%
*- Rectum et Jonction recto-sigmoïdienne	68(4)	72	0,85%	158(5)	163	1,30%	66(2)	68	1,05%	303	1,20%
- Autres organes digestifs et Péritoine	101(19)	120	1,42%	177(20)	197	1,57%	73(14)	87	1,34%	404	1,50%
- Larynx	5(1)	6		3(1)	4		0(1)	1		11	
*- Trachée, Bronches et Poumons	9(4)	13	0,15%	43(5)	48	0,38%	24(1)	25	0,38%	86	0,31%
- Organes autres de l'appareil respiratoire	1(0)	1		2(2)	4		2(0)	2		7	
- Os	11(1)	12		12(1)	13		8(1)	9		34	0,12%
- Sein	43(2)	45	0,53%	69(3)	72	0,57%	33(4)	37	0,57%	154	0,56%
- Col de l'Utérus	13(1)	14	0,17%	9(1)	10	0,08%	5(2)	7	0,11%	31	
- Utérus sauf col	13(2)	15		8(2)	10		5(1)	6		31	
- Ovaire	11(2)	13		5(4)	9		4(2)	6		28	
- Organes Génitaux ou non précisés féminins	2(0)	2		3(1)	4		1(0)	1		7	
		*44	0,52%		*33	0,26%		*20	0,31%	*97	0,35%
- Prostate	8(1)	9		13(3)	16		9(0)	9		34	0,12%
- Testicule	1(0)	1		1(0)	1		2(1)	3		5	0,01%
- Ganglions Lymphatiques + Secondaires ou Sans Précision	29(19)	48		51(66)	117		42(39)	81		246	
- Maladies de Hodgkin	1(0)	1		13(3)	16		11(1)	12		29	0,10%

Tumeurs Bénignes de l'Utérus	38(4)	42	0,50%	64(11)	75	0,60%	39(4)	43	0,66%	160	0,58%
Tumeurs Bénignes de l'Ovaire	22(8)	30	0,35%	29(11)	40	0,32%	23(6)	29	0,45%	99	0,36%
			0,85%			0,92%			1,11%		1,04%
Ulcère de l'estomac	66(7)	73	0,87%	96(18)	114	0,91%	49(7)	56	0,87%	243	0,88%
	1 décès (1,4%)			6 décès (5,3%)			3 décès (5,3%)			10 décès	
Ulcère du duodénum	88(9)	97	1,15%	140(16)	156	1,24%	63(14)	77	1,19%	330	1,20%
	3 décès (3,1%)			1 décès (0,6%)			2 décès (2,6%)			6 décès	
Ulcère gastroduodénal et gastrojéjunal	4(1)	5		17(1)	18		8(2)	10		33	0,12%
*Appendicite	216(6)	222	2,64%	430(8)	438	3,48%	257(3)	260	4,02%	920	3,35%
*Hernies	214(12)	226	2,70%	384(24)	408	3,25%	233(18)	251	3,88%	885	3,22%
Occlusion	150(13)	163	1,93%	220(22)	242	1,92%	122(19)	141	2,18%	546	1,98%
dont avec hernie	41 soit 25,2%			63 soit 26,0%			28 soit 19,8%			132=24,2%	
dont décès	7 (4,3%)			13 (5,4%)			10 (7,1%)			30 (5,5%)	
*Entérite chronique, Colite ulcéreuse	9(2)	11	0,13%	43(5)	48	0,38%	19(0)	19	0,30%	78	0,28%
*Entérite et Autres maladies diarrhéiques	8(2)	10	0,12%	36(7)	43	0,34%	17(6)	23	0,35%	76	0,28%
*Fissure,Fistule Anales; Abcès anal rectal	69(3)	72	0,85%	201(16)	217	1,72%	89(2)	91	1,41%	380	1,38%
*Autres maladies de l'Intestin et du Péritoine	78(15)	93	1,10%	163(60)	223	1,70%	72(40)	112	1,70%	428	1,56%
dont décès	12			12			9			33(7,3%)	
dont Péritonite	22(12décès)			27(12décès)			26(9décès)			75	
Cirrhose du Foie	28(28)	56	0,65%	73(35)	108	0,86%	43(21)	64	0,99%	228	0,83%
dont décès	2 décès			12 décès			8 décès			22(0,96%)	
*Lithiase Biliaire et Cholécystite	220(14)	234	2,78%	372(47)	419	3,34%	215(29)	244	3,77%	897	3,26%
dont décès	5 (2,1%)			5 (1,2%)			0			10(1,1%)	
Autres Maladies du Foie et des Voies Biliaires	22(8)	30	0,36%	37(25)	62	0,48%	13(8)	21	0,33%	113	0,41%
dont décès	9 (30%)			16 (25,8%)			2 (9,5%)			27(23,9%)	
Maladie du Pancréas	34(7)	41	0,49%	70(21)	91	0,71%	38(9)	47	0,73%	179	0,65%
dont décès	1			6			2			9(5%)	
*Hémorroïdes	37(1)	38	0,45%	84(12)	96	0,76%	36(3)	39	0,60%	173	0,63%
*Goître non toxique	18(0)	18	0,21%	54(0)	54	0,43%	46(3)	49	0,76%	121	0,44%
*Thyréotoxicose avec ou sansgoître	9(0)	9	0,10%	16(0)	16	0,13%	21(1)	22	0,34%	47	0,17%
*Diabète sucré	1(21)	22	0,26%	2(64)	66	0,52%	0(41)	41	0,63%	129	0,47%
*Alcoolisme	6(40)	46	0,54%	5(93)	98	0,78%	1(28)	29	0,45%	173	0,63%
Varices des Membres Inférieurs	74(7)	81	0,96%	101(17)	118	0,94%	74(9)	83	1,28%	282	1,02%

TABLEAU X

Fracture des os de la face *	39(25)	64	0,76%	20(54)	74	0,59%	19(8)	27	0,42%	165	0,60%
des os du crâne	10(15)	25	0,30%	28(25)	53	0,42%	15(11)	26	0,40%	104	0,33%
de la colonne vertébrale, du tronc	117(58)	175	2,08%	164(86)	250	2,00%	92(38)	130	2,00%	555	2,02%
humérus+ radius+ cubitus *	437(50)	487	5,77%	426(87)	513	4,08%	221(23)	244	3,77%	1 244	4,52%
des phalanges et métacarpiens *	95(20)	115	1,36%	118(28)	146	1,16%	45(7)	52	0,80%	313	1,14%
du col du fémur *	193(8)	201	2,39%	344(20)	364	2,89%	128(8)	136	2,10%	701	2,55%
du fémur sauf du col fémoral	58(11)	69	0,82%	117(19)	136	1,08%	56(11)	67	1,03%	272	0,99%
tibia+ péroné+ cheville	236(44)	280	3,33%	414(63)	477	3,79%	187(22)	209	3,23%	966	3,50%
Autres fractures de membres *	157(53)	210	2,49%	208(65)	273	2,17%	68(20)	88	1,36%	571	2,08%
		*1626	19,3%		*2286	18,2%		*779	12,0%	*4 891	17,8%
Luxations, Entorses, Foulures	200(22)	222	2,64%	258(42)	300	2,39%	142(22)	164	2,54%	686	2,50%
Traumatismes intra-crâniens sauf fracture du crâne *	598(41)	639	7,60%	973(56)	1029	8,15%	401(22)	423	6,55%	2 091	7,60%
Traumatismes internes du thorax, de l'abdomen et du bassin	26(8)	34	0,40%	32(24)	66	0,45%	30(5)	35	0,54%	125	0,45%
Déchirure, Plaie, Traumatisme superficiel Contusion, Ecrasement de la Main *	374(24)	398	4,73%	336(35)	371	2,95%	157(14)	171	2,64%	940	3,42%
Complications dues à des actes chirurgicaux et à d'autres soins médicaux *	10(2)	12	0,14%	37(31)	68	0,54%	15(8)	23	0,36%	103	0,37%
Corps étranger par orifice naturel *	13(0)	13		4(2)	6		7(0)	7		26	0,09%
Brûlure	56(5)	61	0,72%	52(13)	65	0,52%	38(3)	41	0,63%	167	0,61%
Traumatismes autres et sans précision *	160(37)	197	2,34%	129(41)	170	1,35%	47(5)	52	0,80%	419	1,52%
Ostéoarthrite *	129(13)	142	1,68%	367(28)	395	3,14%	143(22)	165	2,56%	702	2,62%
Arthrite (D231 + D233)	62(5)	67	0,80%	102(10)	112	0,89%	48(1)	49	0,76%	228	0,83%
Ostéomyélite + Périostite	38(7)	45	0,53%	58(8)	66	0,52%	39(3)	42	0,65%	153	0,55%
Hallux valgus + varus *	26(1)	27	0,32%	70(5)	75	0,60%	33(2)	35	0,54%	137	0,50%
Pied Bot Congénital	9(0)	9		20(1)	21		4(1)	5		35	0,13%
Luxation Congénitale de Hanche	10(4)	14		17(4)	21		6(2)	8		43	0,16%
Disque Intervertébral *	16(1)	17	0,20%	52(24)	76	0,60%	34(35)	69	1,07%	162	0,59%
Sciatique *	5(3)	8	0,09%	51(7)	58	0,46%	45(11)	56	0,86%	122	0,44%
Epilepsie *	2(4)	6	0,07%	14(14)	28	0,22%	12(9)	21	0,32%	55	0,20%

TABLEAU XI

Hypertension artérielle bénigne *	2(18)	20	0,24%	2(70)	72	0,57%	3(38)	41	0,63%		133	0,48%
Artériosclérose *	27(1)	28	0,33%	70(18)	88	0,70%	48(14)	62	0,96%		178	0,65%
Calcul Urinaire *	34(3)	37	0,44%	67(19)	86	0,68%	51(4)	55	0,85%		178	0,65%
Sténose de l'urètre	2(0)	2	0,02%	6(1)	7	0,06%	5(0)	5	0,07%		14	0,05%
Hypertrophie Prostatique *	27(3)	30	0,36%	56(18)	74	0,51%	40(8)	48	0,74%		152	0,51%
Phimosis, Hypertrophie préputiale, Hydrocèle, Maladies des Organes Gén. Masc.	51(0)	51	0,61%	83(7)	90	0,71%	35(3)	38	0,59%		179	0,65%
Ectopie Testiculaire	3(0)	3		5(0)	5		2(1)	3			11	0,04%
Maladies du Sein *	7(0)	7	0,08%	17(1)	18	0,14%	20(0)	20	0,31%		45	0,16%
Salpingite et Ovarite *	47 3	50	0,60%	44(5)	49	0,39%	40(3)	43	0,66%		142	0,52%
Autres Maladies des Trompes, Ovaires et Paramètres	6(2)	8	0,09%	13(1)	14	0,11%	8(5)	13	0,20%		35	0,13%
Maladies Infectieuses de l'Utérus	27(0)	27	0,33%	29(2)	31	0,25%	9(1)	10	0,15%		68	0,25%
Prolapsus Génital *	11(0)	11	0,13%	27(7)	34	0,27%	19(2)	21	0,32%		66	0,24%
Troubles de la Menstruation *	369(2)	371	4,40%	291 (2)	293	2,33%	125(3)	128	2,23%		792	2,88%
Complications de Grossesse	28(0)	28	0,32%	43(3)	46	0,37%	15(1)	16	0,25%		90	0,33%
Avortements *	385(4)	389	4,60%	438(13)	451	3,59%	215(1)	216	3,34%		1 056	3,84%
Accidents du Post Partum *	6(1)	7	0,08%	13(1)	14	0,11%	30(2)	32	0,49%		53	0,19%
dont rétention placentaire	2 (soit 28,6%)			12 (soit 86%)*			26 (soit 81%)*				40(75,5%)	
Suicide	14(6)	20	0,24%	11(10)	21	0,17%	1(10)	11	0,17%		52	0,19%
Homicide, Coups et Blessures Volontaires *	4(5)	9	0,11%	3(69)	72	0,57%	2(98)	100	1,55%		181	0,66%
Hématémèse	44(9)	53	0,63%	50(23)	73	0,58%	20(15)	35	0,54%		161	0,59%
dont décès	11 (24%)			9 (7%)			5 (14%)				25 (18%)	
Douleur Abdominale *	289(2)	291	3,46%	277(7)	284	2,26%	125(3)	128	1,98%		703	2,66%
Autres Symptômes et Autres Etats Morbides Mal Définis *	113(69)	182	2,16%	254(100)	354	2,82%	177(34)	211	3,26%		747	2,71%
dont décès	63 (35%)			59 (17%)			29 (14%)				151(20%)	
Maladies de la Peau et Tissu sous cutané	184(20)	204		259(35)	294		139(10)	149			647	
Infections Peau et Tissu sous cutané *	156(10)	166	1,97%	193(17)	210	1,67%	82(5)	87	1,34%		463	1,68%
Infection et Inflammation Peau et Tissu sous cutané *	159(10)	169		194(18)	212		86(5)	91			472	

TABLEAU XII

Nombre Total d'Hospitalisations En	N1= 12 789 1969		N2= 22 003 1970		N3= 13 602 1971(1er sem.)		N= 48 394 au total
Quelques unes des trois cents rubriques (chiffres relevés en Médecine)	MP(MA)	T T/N1	MP(MA)	T T/N2	MP(MA)	T T/N3	T T/N
Cancer de l'estomac * dont décès	88(52) 16	140 1,10%	137(42) 26	179 0,81%	81(15) 16	96 0,70%	415 0,86% 58(14%)
Cancer de l'Intestin,Rectum non compris * dont décès	58(38) 12	96 0,80%	86(35) 11	121 0,55%	42(22) 6	64 0,42%	281 0,58% 29(10%)
Cancer du Rectum et de la Jonction Rectosigm. dont décès	37(16) 4	53 0,40%	53(17) 5	70 0,32%	27(12) 8	39 0,30%	162 0,34% 17(10%)
Cancer du Sein * dont décès	41(26) 10	67 0,50%	79(37) 9	116 0,53%	85(14) 4	99 0,70%	282 0,58% 23(8%)
Cancer du Col, Corps de l'utérus,de l'ovaire dont décès	 5	49 0,38%	 6	70 0,32%	 5	38 0,28%	173 0,36% 16
Cancer de la Prostate	17(27)	44 0,30%	49(39)	88 0,40%	35(23)	58 0,42%	190 0,41%
Maladie de Hodgkin	48(6)	54 0,40%	112(6)	118 0,54%	78(5)	83 0,61%	255 0,53%
Diabète Sucré *	209(367)	576 4,50%	405(584)	989 4 50%	290(430)	720 5,30%	2 285 4,73%
Alcoolisme *	337(341)	678 5,30%	538(744)	1282 5,8%	278(431)	709 5,20%	2 669 5,50%
Epilepsie	188(72)	260 2,00%	317(108)	425 1,93%	177(54)	231 1,70%	916 1,90%
Sciatique *	46(8)	54 0,40%	120(15)	135 0,61%	76(11)	87 0,64%	276 0,57%
Varices des Membres Inférieurs *	33(48)	81 0,63%	54(33)	87 0,40%	20(12)	32 0,23%	200 0,41%
Hémorroïdes *	9(20)	29 0,21%	16(20)	36 0,16%	14(23)	37 0,27%	102 0,21%
Ulcère de l'Estomac *	87(92)	179 1,40%	137(98)	235 1,07%	74(57)	131 0,96%	545 1,13%
Ulcère du Duodénum	92(86)	178 1,39%	178(75)	253 1,15%	95(69)	164 1,20%	595 1,23%
Cirrhose du Foie *	409(327)	736 5,75%	630(400)	1030 4,7%	423(239)	662 4,87%	2 428 5,00%
Lithiase Biliaire et Cholécystite *	126(125)	251 1,96%	227(147)	374 1,70%	134(78)	212 1,63%	837 1,73%
Autres Maladies du Foie de la Vésicule Biliaire		136 1,07%		229 1,04%		114 0,84%	479 0,99%
Maladies du Pancréas		56 0,44%		99 0,45%		68 0,50%	223 0,46%
Fracture du Crâne		3		9		8	20
Traumatisme intracrânien sauf fracture du crâne*		56		107		41	204 } 0,43%
Hématémèse *		237 1,85%		330 1,50%		221 1,63%	788 1,63%

TABLEAU XIII

MP= Maladie Principale (MA)= Maladie Associée T= MP + MA

ANALYSE DES RESULTATS

A- ETUDES DE LA MORTALITE

1. Répartition de la mortalité globale en Chirurgie durant une période de cinq semestres.

Durant la période de deux ans et demi, il y a eu 987 décès sur 27 474 séjours hospitaliers. (cf Tableau II)

Sur 100 décès, on enregistre environ:

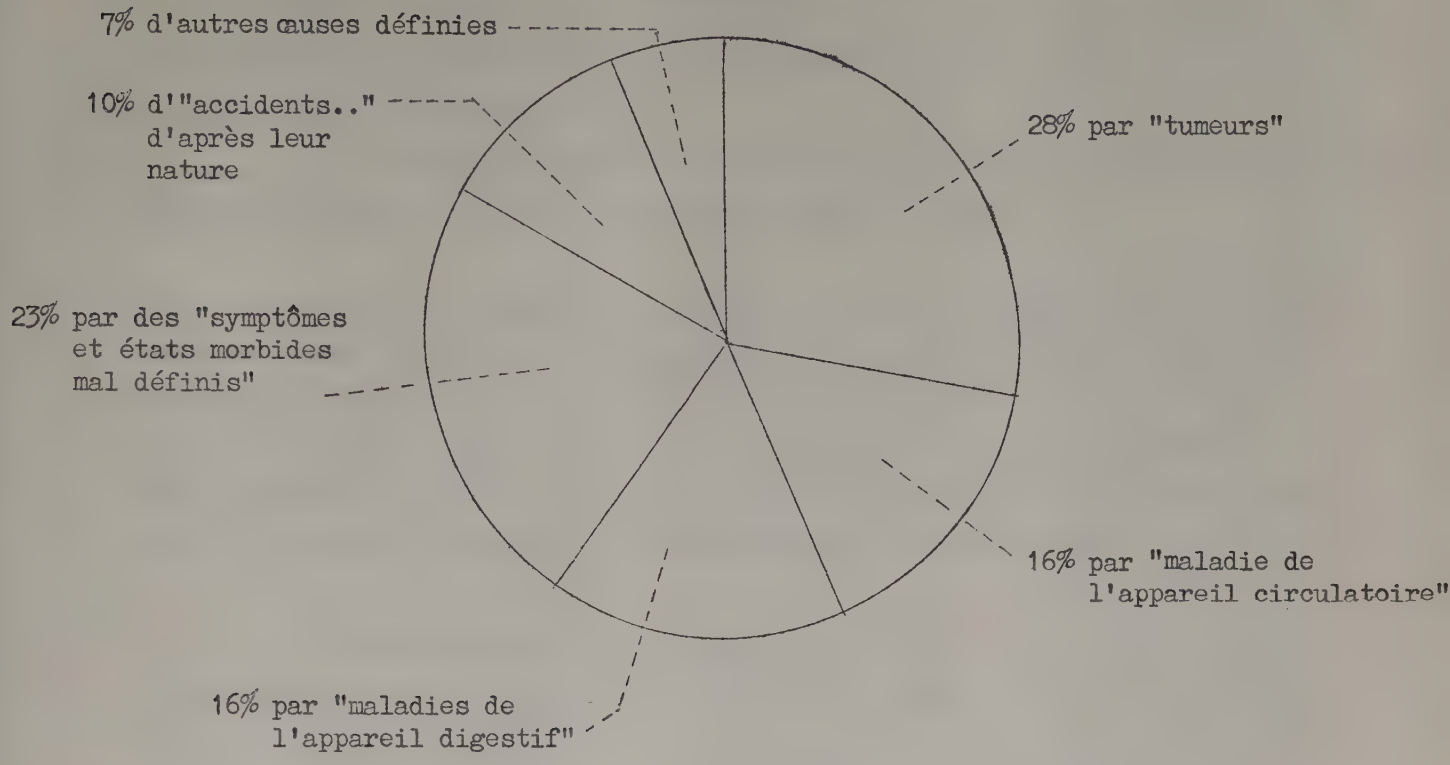
- 28% par "tumeurs"
- 23% par des affections englobées dans les "symptômes et états morbides mal définis"
- 16% par "maladies de l'appareil circulatoire"
- 16% par "maladies de l'appareil digestif" (tumeurs exclues)
- 10% par "accidents, empoisonnements et traumatismes" (d'après leur nature)
- 7% d'autres affections définies.

En ce qui concerne les décès par d'autres affections définies la répartition se fait ainsi: 75 décès en tout, et

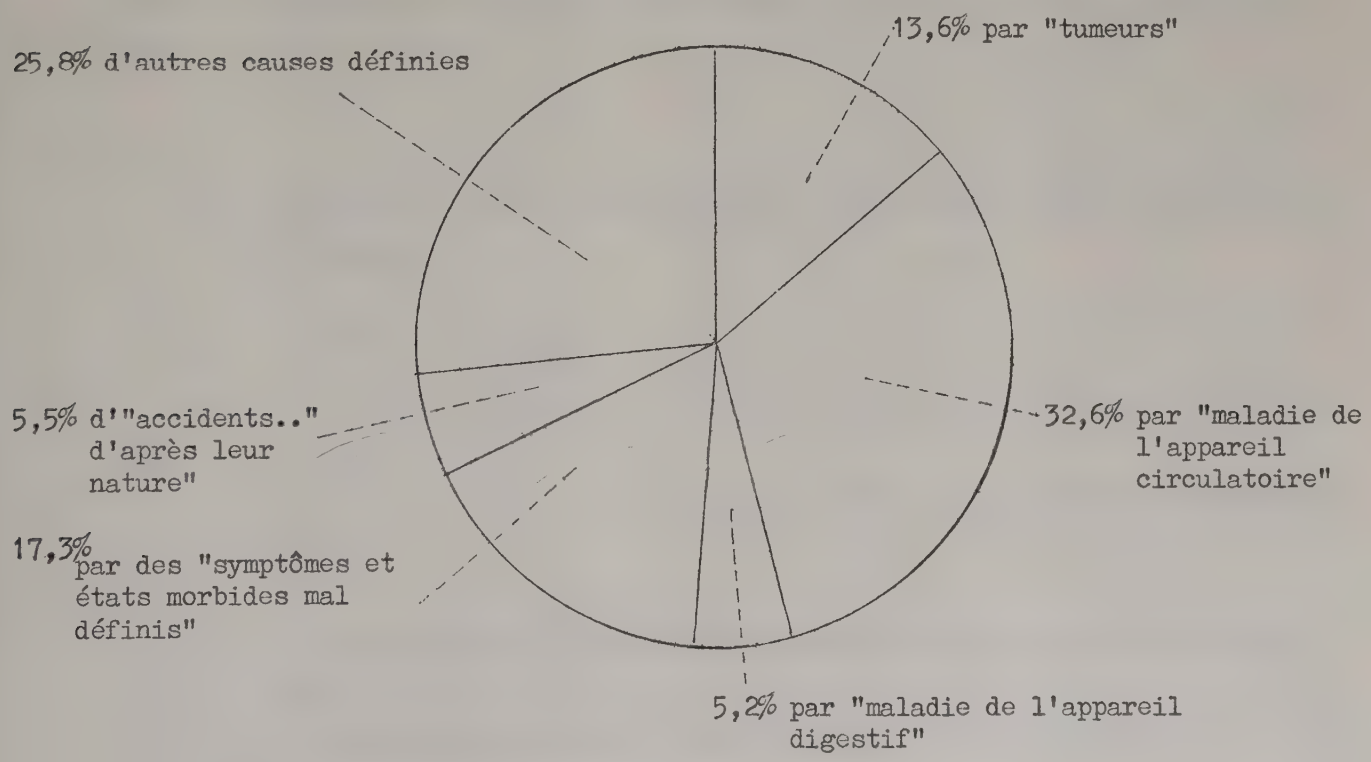
- 20,0% par "maladies de l'appareil respiratoire"
- 20,0% par "maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme"
- 17,3% par "maladies infectieuses et parasitaires"
- 14,7% par "maladies des organes génito-urinaires"
- 12,0% par "accidents, empoisonnements et traumatismes" codés selon leur cause
- 8,0% par "maladies du système nerveux et des organes des sens"
- 4,0% par "troubles mentaux"
- 2,7% par "maladies du système ostéo-musculaire et des tissus conjonctifs"
- 1,3% par "maladies du sang et des organes hématopoïétiques"

Ces pourcentages concernant une longue période, expriment assez bien la mortalité hospitalière en Chirurgie. On meurt davantage, près de deux fois plus ici, de tumeurs que de maladies cardio-vasculaires; presqu'autant de cause circulatoire que de cause digestive; et dans une proportion respectable d'accidents en tout genre (codés selon leur nature).

REPARTITION DES DECES DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE ENVISAGES



REPARTITION DES DECES EN FRANCE EN 1968 (INSERM)



Nous avons voulu comparer ces résultats avec ceux des statistiques de causes médicales de décès portant sur la France entière, en 1968, publiées par l'I.N.S.E.R.M. (cf Tableau III)

Il y a peu de changement d'une année à l'autre et les données de 1968 restent valables pour l'ensemble du pays les années suivantes.

Les décès d'origine cardio-vasculaire représentent en France le plus fort contingent annuel, le tiers desdécès; et dans les services de Chirurgie envisagés, 16% des décès. Ce qui est assez considérable, compte tenu du fait qu'il n'y a pas de service de chirurgie cardio-vasculaire dans le système. Mais cependant on peut se douter que c'est le plus souvent hors du milieu chirurgical que les gens succombent d'une défaillance de l'hémodynamique.

Le plus fort pourcentage de morts par tumeurs, affections digestives et accidents, peut selon toute vraisemblance être relié au fait que ces genres d'affections poussent habituellement le patient à se faire hospitaliser en Chirurgie, où leur concentration plus forte entraîne une augmentation du nombre de décès dans ces groupes de maladies.

Comment se repartissent les décès dénombrés dans ces différents chapitres: en dressant le Tableau IV nous avons voulu faire une étude plus détaillée.

2. Répartition de la mortalité globale à l'intérieur de quelques groupes de pathologie

a- décès par tumeurs

Les décès par tumeurs sont dus dans l'immense majorité des cas (98%) à des tumeurs malignes.(267 sur 273)

Il faut dire qu'il ne s'agit que de décès survenus durant l'hospitalisation en Chirurgie.

= Les cancers digestifs viennent en tête fournissant 66% des décès par tumeurs (180 décès).

Il y a 2 fois plus de décès par cancer gastrique que par cancer rectal ou recto sigmoïdien.

Le nombre plus grand de décès dans la rubrique "tumeurs malignes de l'intestin sauf rectum" (c'est à dire du grêle et du colon) par rapport au nombre de dé

cès par cancer gastrique nous a retenu l'attention.

La rareté absolue des cancers du grêle est bien établie. Il est étonnant, en raison de cet argument de fréquence, de s'apercevoir que, d'une part, les gens meurent beaucoup de cancer colique, et que, d'autre part, les gens meurent en Chirurgie davantage de cancer colique que de cancer gastrique.

Le cancer colique, d'évolution généralement lente, justiciable d'une chirurgie bien règlée, jouit en effet d'une meilleure réputation quant à son pronostic plus favorable que celui du cancer gastrique à expression clinique souvent si tardive que son pronostic demeure sombre malgré les progrès de la Chirurgie et de la Réanimation.

Sans doute peut-on expliquer ces particularités par un plus grand recrutement en cancer colique, ou encore par le fait que les sujets atteints de cancer co lique seraient plus volontiers adressés aux Hôpitaux Publics dans les formes compliquées et difficiles; cela laisserait supposer deux choses:

-d'un côté, les Hôpitaux Publics disposent comparativement de moyens plus appro priés et dispensent des soins plus compétents, sous la direction de sommités médicales, ce qui justifie qu'on y adresse les cas difficiles alors que les Cliniques privées s'avouent incompétentes .

-d'un autre côté l'Hôpital Public est l'endroit idéal où l'on peut venir mourir sans jeter trop de discrédit sur tel ou tel chirurgien. En effet toute organisation collective entraîne une certaine dispersion des responsabilités.

Sans doute faut-il voir aussi que les malades atteints de cancer gastrique s'avèrent pour une bonne part au dessus de toute ressource chirurgicale et quittent les services de leur vivant, ayant eu tout au plus une laparotomie exploratrice. La mortalité opératoire est bien entendu accrue dans les gas trectomies larges ou élargies, et même dans les interventions à visée pallia tive, sur ces mauvais terrains affaiblis et dénutris.

En tout cas, il est bien certain qu'un diagnostic précoce améliore le pronos tic de ces cancers, en particulier de celui du côlon, comme de toutes les tumeurs malignes et permet d'intervenir avec moins de risque.

Le chiffre plus élevé de décès dans la rubriques "tumeurs malignes d'autres organes de l'appareil digestif et du péritoine" (79 décès, 28,9% des décès par tumeurs) sera aisément compris si l'on sait que rentrent dans cette rubrique les cancers primitifs du Foie et des Voies Biliaires intrahépatiques les cancers de l'oesophage , toutes affections dont la mortalité opératoire est habituellemnt élevée.

= Si nous considérons les décès par tumeurs malignes des Organes Génitaux de la Femme, ils sont bien moins fréquents, 4,5% des décès par tumeurs.

Il apparaît ainsi près de quinze fois plus de décès par cancer digestif que par cancer génital féminin dans le système E.C.O, en Chirurgie; mais ce rapport est faussé par l'absence de service de Gynécologie-Obstétrique et la tendance nettement digestive des services de Chirurgie Générale, comme nous le verrons.

= On peut envisager les décès d'autres tumeurs malignes qui font les 29,5% restants; mais 17,2% des décès par tumeurs sont enregistrés dans "autres tumeurs malignes secondaires et de siège non précis" et l'étude des autres décès sont d'intérêt modeste.

b- décès par maladie de l'appareil circulatoire

Ils apparaissent moins nombreux que les décès par tumeurs

Mais il est probable que le pourcentage de décès par maladies cardio vasculaires ira croissant dans la mesure où les progrès techniques feront diminuer les décès de cause chirurgicale. On peut dire que les complications cardio vasculaires peuvent être considérés comme le risque médical des interventions.

L'infarctus du myocarde est responsable de 9% de ces décès.

La majorité est représentée par des accidents vasculaires cérébraux; ces derniers constituent en effet la cause d'un tiers des décès cardio vasculaires. On pourrait penser que cette situation est liée à la présence parmi les services de Chirurgie, d'un service de Neuro-Chirurgie susceptible de recevoir des malades atteints d'accidents vasculaires cérébraux dans l'espoir d'une possibilité d'intervention chirurgicale. Cette hypothèse n'est pas fondée puisque le service de Neuro-Chirurgie en cause n'a ouvert qu'en Octobre 1970 et l'incidence des accidents vasculaires cérébraux n'a pas varié de façon significative.
Cela suppose qu'avec l'augmentation de la durée de vie et les progrès de la Chirurgie et de la Réanimation, l'on est amené à opérer des personnes plus âgées . Ces derniers succombent à des accidents d'ordre vasculaire dont il faut savoir apprécier les risques. On ne saurait assez insister sur les risques de la théra peutique anti coagulante et les risques de l'anesthésie chez le sujet âgé surtout. Cependant si les opérés doivent mourir de quelque chose, ilvaudrait peut-être mieux que ce soit de maladies cardio vasculaires, malgré la politique de prévention, plutôt que d'une faute technique ou d'une aventure chirurgicale. Une technique parfaite serait à même de guérir, sinon de donner un sursis à des sujets moins exposés à ces complications, c'est à dire dans les tranches d'âge inférieures, ce qui est éminemment souhaitable.

Par contre on pourrait très certainement espérer faire régresser le nom bre

de décès par embolie et infarctus pulmonaires (17,8% des décès cardio vasculaires) par une politique de prévention, de dépistage et par un traitement précoce.

c- décès par maladies de l'appareil digestif

Ils sont dus par ordre de fréquence décroissante aux

affections hépatiques et des voies biliaires 28%

péritonites 21%

occlusions 19,5%

pancréatites aigües 17%

ulcères gastro-duodénaux 11%

Parmi les décès par affections du foie et des voies biliaires il y a plus de femmes (60%) que d'hommes (40%): différence significative. Un quart seulement de ces décès est dû aux lithiases biliaires et aux cholécystites, dont le taux de mortalité paraît acceptable (1%). Ceci veut dire que les trois quarts d'entre eux sont dûs à des "hépatites suppurées et abcès du foie", et surtout aux affections classées dans la rubrique "autres maladies de la vésicule biliaire et des voies biliaires" où l'on inscrit en particulier les adhérences, fistules, perforations imperméabilités, sténoses de la vésicule ou des voies biliaires, les fistules cholo-coliques et dont la mortalité globale durant l'hospitalisation est très élevée (23,9%). Nous n'en avons malheureusement pas les détails.
On ne peut ignorer qu'un certain nombre d'opérés des voies biliaires ont eu des com plications post opératoires d'ordre biliaire, à l'hôpital, ou bien ont nécessité une hospitalisation dans les Hôpitaux Publics à cause de ces complications, se remettant à des mains plus habiles et plus expérimentées.
Le retour sur les voies biliaires est souvent difficile sinon périlleux . La vulné rabilité de ces malades explique la nécessité de la part du chirurgien qui oeuvre sur des voies biliaires, dont la diversité anatomique ne cesse de surprendre, d'une technique très précise et minutieuse.

Pratiquement on a enregistré un cinquième des décès par maladies digesti ves dans la rubrique " péritonite " qui rentre dans la constitution de la rubrique D 188 (autres maladies de l'intestin et du péritoine). Il est navrant de relever un taux de mortalité de 50% en s'arrêtant à cette rubrique. Devant ce résultat

troublant nous avons effectué un contrôle en demandant au S.E.T.I une liste nominative de dossiers correspondants. Ce qui a confirmé nos premiers résultats. Mais une remarque d'importance est à soulever: en effet dans la rubrique " péritonite " ne rentrent pas les péritonites appendiculaires classées en D 179, les péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodénal classées avec les ulcères non perforés (D 173 et D 174), ni les péritonites pelviennes de la femme classées en D 206. Ainsi faut-il souligner que la rubrique " péritonite " ne regroupe pas toutes les étiologies qui seraient susceptibles d'intéresser les chirurgiens. Il reste vrai cependant que les autres péritonites aigües, généralisées ou loca lisées demeurent très mortelles. Diagnostic trop tardif? Mauvais terrain? ou soins défaillants sinon impuissants à les guérir?

Les décès par occlusion représentent près d'un cinquième des décès digestifs. Leur mortalité globale est de 5,5%.

Les pancréatites aigües sont responsables de 17% des décès par maladies digestives. On n'ignore pas la gravité de l'affection jalonnée de nombreux écueils lors de son évolution. On peut cependant relever la bénignité relative des pancréa tites aigües par rapport aux péritonites. Sur la liste nominative des dossiers correspondant aux pancréatites aigües qui rentrent dans la rubrique D 192 (mala dies du Pancréas) nous avons pu relever un taux de mortalité de 33% pour 1969 1970 et 13% pour le 1er semestre 1971.

La forte proportion des décès par ulcères gastro duodénaux peut-être choquante. La mortalité par ulcère gastrique atteint 4% et celle par ulcère duo dénal 1,8%. La mortalité opératoire par intervention à froid sur un ulcère gastro-duodénal, quelque soit le type de l'intervention est habituellement infé rieur à 2%. Par conséquent il apparaît plus de morts par ulcère gastrique qu'il n'y en a généralement pour une intervention à froid. Il serait plausible de croi re que les malades hospitalisés pour ulcère le sont pour des complications, en urgence, ulcère aigu gastrique dont on sait la mortalité élevée, ulcère gastri que chronique hémorragique pouvant justifier une gastrectomie en urgence avec une mortalité opératoire élevée.

d- décès par complications des actes chirurgicaux et des soins médicaux

Dans les décès par accidents, empoisonnements et traumatismes selon leur nature, nous avons relevé le fort pourcentage (40%) de décès suites aux complications des actes chirurgicaux et des soins médicaux. Certes une petite partie relève du fait que parfois sont transférés dans les Hôpitaux Publics, des malades opérés en Clinique et sujets à des complications.

Mais cela prouve également que les malades hospitaliers sont des malades à " haut risque ". Tout geste thérapeutique représente une agression importante qui peut se sanctionner par la mort.

La notion de " risque nécessaire ", " la part d'aléa inhérente à tout acte chirurgical " sont parfaitement admises par la magistrature.

Cependant, travaillée par la démythification de la Chirurgie, assaillie par la vulgarisation médicale excessive, désordonnée et contradictoire, minée par les cotisations d'assurances sociales, l'opinion publique réclame le Droit à la Santé.

Bien plus la jurisprudence a tendance à faire glisser l'obligation des moyens, vers l'obligation des résultats, à exiger du praticien non seulement la guérison, mais même la survie de son client (Arrêt de la Cour de Cassation du 27 Janvier 1970).

On ne saurait être trop prudent.

3. Evolution de la répartition de la mortalité de quelques groupes de pathologie

a-Le nombre de décès annuel dans chaque rubrique par leur effectif réduit ne se prête pas aux calculs statistiques, de même que pour les taux de mortalité. Nous avons regroupé ces décès par grand groupe de pathologie pour une meilleure étude de l'évolution de la mortalité.

= C'est ainsi que les quelques modifications intéressantes du taux de mortalité de certaines affections ne peuvent être considérées comme significatives. Nous en reproduisons quelques unes concernant des affections digestives.

Taux de mortalité en	1969	1970	1er sem. 1971
Occlusion	4,3%	5,4%	7,1%
Pancréatite	33 %	33 %	13 %
Lithiase biliaire Cholécystite	2,1%	1,2%	0 %
Autres mal. Foie et Voies biliaires.	30 %	25,8%	9,5%
Ulcère gastrique	1,4%	5,3%	5,3%
Ulcère duodénal	3,1%	0,6%	2,6%

Si nous prenons le nombre de décès, année par année, en ce qui concerne les chapitres susceptibles d'intéresser les services de Chirurgie, il nous est possible de dire plusieurs choses (cf Tableau II) :

Il n'y a pas de variation significative du nombre de décès global par "tumeurs", par "maladies de l'appareil circulatoire" ou par "maladies de l'appareil digestif".

On remarque par ailleurs:

- Une diminution significative du nombre de décès relevant des "symptômes et états morbides mal définis" en 1970 et au premier semestre 1971 par rapport à l'année 1969
- Une diminution significative du nombre de décès global par "accidents, empoisonnements et traumatismes", au premier semestre 1971 par rapport à 1969 et 1970. Il est intéressant de noter que 5,4% des décès dans les six premiers mois de 1971 sont attribués aux traumatismes. Ce pourcentage se rapproche de beaucoup de celui des décès par "accidents...." dans la France entière (5,5%) .

b- discussion.

Malgré l'augmentation du nombre de tumeurs, de maladies cardio vasculaires, et de maladies digestives inventoriées en Chirurgie (Tableau VIII), le nombre de malades décédés de ces affections n'accuse pas une hausse pour autant. Ce fait satisfaisant mérite d'être souligné. Serait-il dû à une plus grande efficacité des soins, à une meilleure mise au point de la technique ? On serait tenter d'approuver.

S'opposant à un pourcentage de séjours toujours semblable, la diminution de décès par des symptômes et états morbides mal définis, suppose d'une part que la pratique de vérification anatomique d'intérêt scientifique sans doute plus systématique et plus méthodique, permet de rapporter les symptômes ou syndrômes observés conduisant à la mort à un diagnostic exact, ou du moins cernant de plus près la réalité ; d'autre part qu'un certain nombre de ces affections retrouvées en Chirurgie est peut-être malgré tout mieux défini: un exemple en est la régression significative du nombre séjours dans la rubrique vague "douleur abdominale" . Leur cause retrouvée fait la cible d'une thérapeutique ajustée; du coup diminue et la mortalité de l'affection en cause, et la mortalité globale des états morbides mal définis. Il est satisfaisant de faire cette constatation d'importance au point de vue statistique, l'étude de la mortalité gagne en précision. Il n'en reste pas moins vrai que près d'un quart de décès sont regroupés sous cette rubrique très imprécise .

Leur diminution serait d'autant plus à espérer qu'elle reflèterait la progression de la médecine vers les nombreux recoins encore ignorés de l'être humain et de sa pathologie.

La nette chute du pourcentage de décès par accidents dans la première moitié de 1971 apporte sans doute la preuve d'une meilleure qualité de soins, et à différents échelons: depuis la bonne compréhension des premiers soins de secours, la sécurité et la diligence des évacuations des victimes jusqu'aux actions théra peutiques non seulement élargies mais encore plus conscientes, plus réfléchies. Elle pousse à encourager la politique d'initiation de la population civile aux pratiques de secourisme, la politique de développement des services de protection et de secours civils et routiers, ainsi que la politique d'amélioration de l'orga nisation et de l'équipement des services hospitaliers en Chirurgie. Ce d'autant plus que le fait qu'un sujet ait subi un accident important signifie souvent qu'il s'agit d'un sujet actif sinon jeune, à espérance de vie encore grande, et suscepti ble d'être économiquement productif.
On peut bien sûr objecter que la diminution des décès par accidents au début de 1971 n'est pas représentative de toute l'année 1971 et qu'il peut y avoir plus de décès par accidents à la fin de l'année. Mais pour atteindre en 1971, les mêmes pourcentages qu'en 1969 ou 1970, il va falloir trois fois plus de morts par acci dents durant le deuxième semestre de 1971 que durant le premier semestre.
Il existe comme nous le reverrons une diminution progressive du recrutement en traumatisme. Toutefois pour une diminution d'environ 10% du recrutement au début de 1971 on reste frappé par une diminution de moitié des décès par accidents en tous genres.
Nous nous réjouissons tout particulièrement pour la diminution de décès par un genre d'accidents : les complications liées aux actes chirurgicaux et aux soins médicaux. Cette diminution n'est pas due au simple hasard, selon les calculs sta tistiques.

4. Pourcentage de décès en Chirurgie. Etude comparative détaillée de la mortalité entre 1969 et 1970.

a- Pourcentage de décès en Chirurgie

En rapportant le nombre de décès au nombre de séjours hospitaliers de chaque année il apparaît un pourcentage de 3 à 4% de décès en Chirurgie par an. Ce pourcentage est faible.

Mais la variation des effectifs de 1969 à 1970 est significative.

b- Une étude comparative détaillée de la mortalité entre 1969 et 1970 permet de dire que le nombre de décès en 1970:

= est en augmentation par rapport à 1969 en ce qui concerne:

. Les septicémies (quatre fois plus); est-il besoin de rappeler le problème de l'asepsie qui en est la meilleure prévention, le problème de l'hospitalisme, de l'importance d'avoir un bactériologiste de valeur et même d'un hygièniste dans chaque hôpital.

. Les avitaminoses et autres états de carence (sept fois plus); il s'agit moins de problèmes de carence vitaminique ou de diététique que des problèmes de misère physiologique, de dénutrition.

. Les maladies respiratoires (près de trois fois plus); autre risque médical des interventions bien qu'il y ait peu d'insuffisances respiratoires, faisant penser qu'il est plus prudent de reporter une intervention non urgente, chez un sujet atteint de tares respiratoires, à une saison plus clémente, et qu'il faut veiller au maintien d'une fonction respiratoire suffisante, non seulement pendant l'intervention, mais aussi avant l'opération et dans les suites opératoires - évacuer les sécrétions bronchiques, éviter l'encombrement pulmonaire facteur de surinfection broncho-alvéolaire.

. Les affections digestives (de 20%) ; augmentation qui peut être mise sur le compte d'une nette augmentation de décès par maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas.

= Il est en régression pour:

. Les symptômes et états morbides mal définis (de moitié)
. Les accidents, empoisonnements et traumatismes (d'un quart) avec près de quatre fois moins de décès par complications des actes chirurgicaux et des soins médicaux.
Nous avons déjà souligné le caractère satisfaisant de ces faits.

. Les maladies cardio-vasculaires (de moitié); en remarquant le même pourcentage ou presque de décès par embolie pulmonaire.

= Quant aux décès par tumeurs, la diminution du pourcentage peut être simplement le fait du hasard.

B- EVOLUTION DE LA FRQUENCE DES MALADIES ASSOCIEES INVENTORIEES

Les affections inventoriées en maladies associées augmentent très nette ment, en proportion, d'une année à l'autre (cf Tableau VI).

Le rapport entre le nombre de maladies associées dénombrées et le nombre total de séjours hospitaliers de la même période a doublé de 1969 à 1970 et triplé de 1969 au premier semestre 1971.

Cette augmentation laisse supposer un certain nombre de faits:

= Un vieillissement de la population hospitalière, à la faveur duquel s'accuse indubitablement une élévation de la moyenne d'affections présentées par chaque individu; certaines ont pu voir leur éclosion, grâce à l'augmentation de la durée de vie; en particulier il peut être noté une augmentation significative de séjours dans la rubrique artériosclérose d'une année à l'autre (cf Tableau XII)

= Un meilleur travail lors des séances de révisions hebdomadaires des dossiers médicaux, a certainement permis un relevé et une codification plus minutieux des affections, l'habitude et la familiarisation avec les méthodes de travail y aidant.
Sans doute faut-il voir là le reflet d'une bonne collaboration entre archivis te et corps médical dans un climat de confiance réciproque encourageant les pré cisions indispensables, veillant à respecter les exigences imposées, tout en enrichissant les connaissances de terminologie médicale. " La collaboration entre l'administration, le personnel médical, et le service d'archives est " le fondement même de l'organisation fonctionnelle des dossiers médicaux, quelques soient le type et les dimensions de l'hôpital " (12)

= Enfin, une chose paraît fondamentale : la Chirurgie ne se cantonne pas unique ment et exclusivement dans les techniques opératoires. Il est des facteurs d'importance primordiale dans les décisions opératoires et la règle exige une appréciation soigneuse du malade dans son ensemble, par un bilan médical géné ral, afin de bien poser les indications en fonction de l'intervention envisagée. La Chirurgie, dans certains cas, ne vient que s'insérer dans un bilan thérapeu tique établie avec discernement.
On comprend le retentissement de cette attitude sur l'augmentation des maladies dénombrées.
Ceci sous entend un meilleur examen du malade dans les services hospitaliers, tant sur le plan clinique, que par les investigations complémentaires, avec un esprit de recherche médicale plus approfondi, qui ne peut être que louable.

C'est ainsi que :

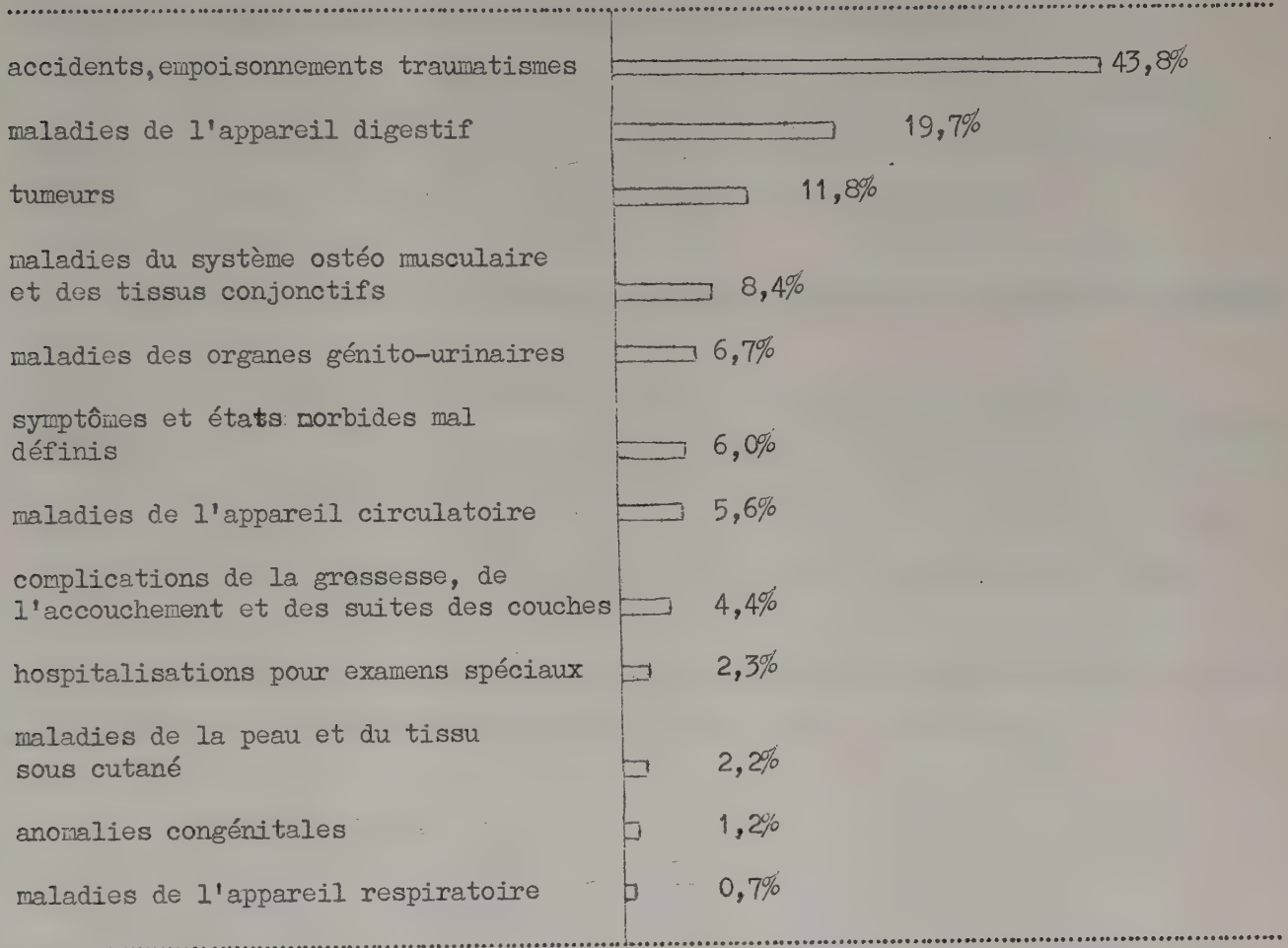
- 96% des hypertendus dans la rubrique "hypertension artérielle bénigne", sont classés à maladies associées. L'hypertension artérielle solitaire sans complication cardiaque, ni rénale, n'est pas une contre-indication opératoire, si la pression artérielle n'est pas dangeureusement élevée,en se fondant sur l'âge, le sexe, la durée de cette hyperpression artérielle.
- 98% des diabètes sucrés et 93% des alcooliques sont inventoriés en maladies associéss. Ces sujets fragiles à l'agression opératoire apportent des risques accrus en Chirurgie. Il semble cependant que leur nombre soit un peu sous estimé, surtout en ce qui concerne l'alcoolisme chronique, qui donne souvent au chirurgien des difficultés dans des circonstances variées. Mais la population hospitalière chirurgicale n'est pas un échantillonnage bien représentatif de la population générale.

L'inspection du terrain somatique du candicat à l'intervention peut avoir tendance à entraîner un effacement de l'individu, de la personnalité humaine qu'est le malade. Les impératifs de la Médecine sociale actuelle tendent à faire du malade une sorte de numéro classé et dirigé automatiquement vers le spécialiste. Engager le Chirurgien à conserver l'humanisme qui fait la grandeur de sa profession (13) contribuera à apaiser pour une part, les phénomènes d'anxiété et d'angoisse du malade, dont la perspective chirurgicale, d'agression douloureuse, constitue souvent une épreuve psycho-affective. D'autant plus que l'hospitalisation est ressentie habituellement comme une rupture d'avec le monde habituel, ravivant des souvenirs sombres, plus ou moins pudiquement dissimulés.
A l'évidence c'est toujours le savoir-vivre du chef de service et son humanité qui se reflèteront à tous les échelons.

C- ETUDES DE LA MORBIDITE

1. Répartition de la morbidité en Chirurgie durant une période de cinq semestres

Durant la période envisagée, de deux ans et demi, sur les 27 474 séjours il a été compté toutes causes de morbidité réunies: (cf Tableau VIII)



Une nette prédominance se dégage pour les accidents, empoisonnements et traumatismes: deux fois plus que de maladies digestives, quatre fois plus que de tumeurs.

Si l'on regroupe les tumeurs digestives avec les affections qui constituent le chapitre des maladies de l'appareil digestif, celles ci représentent environ 25% des séjours.

Compte tenu de l'absence de services de chirurgie cardio vasculaire et thoracique, les chiffres de 5,6% pour les maladies cardio-vasculaires et de 0,7% pour les maladies respiratoires pourraient être attribués à des complications médicales en Chirurgie, relativement assez fréquentes pour les affections de l'appareil circulatoire, six fois plus fréquentesque les affections pulmonaires. Mais il faut surement en déduire les affections qui y sont classées en tant que maladie associée, et celles à manifestations chirurgicales, dont l'hypothèse diagnostique

initiale qui a orienté les malades en Chirurgie a pu être infirmée pendant l'hospitalisation.

Par ailleurs l'absence de service de Chirurgie gynécologique et d'Obstétrique pendant la période considérée peut laisser supposer qu'il y a davantage de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites des couches.

De même que pour les anomalies congénitales, qui seraient plus nombreuses si le système englobait des services de Chirurgie infantile.

Une remarque supplémentaire: les pourcentages ont été énoncés en fonction du nombre de séjours, leur somme ne fait pas forcément 100%. Ils peuvent exprimer surtout la fréquence relative des affections entre elles.

2. Evolution de la répartition de la morbidité de quelques groupes de pathologie

L'analyse de l'ensemble de la morbidité au cours des séjours en fonction des différents chapitres de la Classification OMS permet de constater que: (Tab VII VIII

= Mis à part les chapitres IV, XII, XV, XVI concernant les maladies du sang et des organes hématopoïétiques, les maladies de la peau et du tissu sous cutané, les causes de morbidité et de mortalité périnatales, les symptômes et états morbides mal définis,

= Il existe dans les autres chapitres, une modification significative des chiffres recueillis au cours des trois périodes 1969, 1970, 1er semestre 1971.

Ainsi existe-t-il:

- Une diminution de séjours pour l'ensemble des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites des couches à partir de 1970.
- Une augmentation du nombre de séjours pour tumeurs, pour maladies digestives, pour maladies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, pour maladies du système nerveux et des organes des sens, du système ostéo-musculaire et des tissus conjonctifs, pour anomalies congénitales, pour maladies de l'appareil circulatoire et maladies de l'appareil respiratoire.
- Une augmentation en 1970 puis une diminution au premier semestre 1971 des séjours enregistrés pour maladies infectieuses et parasitaires, pour troubles mentaux, et dans la rubrique supplémentaire regroupant les examens et explorations de système spécifiés sans diagnostic indiqué.
- Une diminution en 1970 puis une augmentation au début de 1971 du nombre de séjours pour maladies de l'appareil génito-urinaire.
- Le double classement au chapitre des accidents, empoisonnements et traumatismes, explique le contraste entre l'augmentation des pourcentages si l'on considère l'étiologie et la diminution des pourcentages si l'on considère la nature des accidents.

En effet ces classifications étaient indépendantes et on pouvait employer l'une ou l'autre ou les deux. Et comme nous pouvons le constater la tendance allait à l'utilisation préférentielle de la classification selon la nature, tout comme si ce qui importe serait de savoir ce que le traumatisé a, et non pas pourquoi il l'a. Depuis 1971 surtout, il s'est vu imposer la nécessité pour les services d'archives d'employer simultanément les deux classifications pour la mise en tableaux des causes principales, chaque cas doit être porté sur les deux listes, sous E 800-999 et N 800-999.

Par exemple une fracture de la base du crâne survenue à un motocycliste lors d'une collision avec un autre véhicule motorisé sera enregistrée sous les chiffres N 801 comme affection principale, et E 812.2 comme affection associée.

Il existe par conséquent une augmentation du nombre de séjours pour accidents, traumatismes et empoisonnements dans la codification selon leur étiologie, témoin de cet effort d'une codification double simultanée.

Elle n'est pas encore absolument parfaite, car on note au premier semestre 1971 un nombre de séjours inférieur si l'on regarde les accidents... selon leur cause. Celle-ci semble difficile à faire préciser ou attire toujours moins l'attention que la nature des accidents...

En pratique, considérant que tous les accidents sont inventoriés selon leur nature, même en ce qui concerne les suicides contrairement à ce qui se passe pour les services de Médecine, on constate une diminution globale significative des divers traumatisés hospitalisés en Chirurgie.

On peut entreprendre une étude de la répartition de la morbidité à l'intérieur de chacun des différents groupes de pathologie.

Nous ne l'avons fait que pour les fractures. En ce qui concerne les autres chapitres, on peut bien sûr se contenter des documents présents fournis par le SETI, mais pour une étude plus précise il va falloir dissocier chacune des rubriques de la liste D et regrouper différemment les rubriques détaillées de la Classification OMS. Car il peut être facilement constaté que certaines affections relevant d'une même discipline chirurgicale sont dispersées et se glissent dans des rubriques différentes de la liste D, dans des chapitres différents, alors que d'autres bien qu'elles offrent un intérêt inégal au chirurgien se trouvent regroupées dans des rubriques communes sur cette liste à l'usage des hôpitaux.

Pour ce faire, on pourrait demander le concours de l'ordinateur; il y aurait un travail de regroupement des rubriques en une liste à l'usage des services de Chirurgie et un vaste travail de programmation qui ne sont pas de notre ressort.

Nous nous sommes restreints à relever certaines rubriques de la liste D, qui nous ont paru intéressantes, et à partir de ces rubriques nous avons essayé de voir l'évolution du recrutement de certaines affections.

3. Evolution de la morbidité pour différents types d'affections

a- séjours pour des agressions

Un fait troublant est illustré par l'augmentation significative du nombre de séjours correspondant à la rubrique DE 298 "homicides et lésions provoquées intentionnellement par une autre personne et lésions résultant d'une intervention de la force publique".

Si l'on s'en tient à ces chiffres, il y a 5 fois plus de séjours relevant d'agression, en 1970 qu'en 1969, et 3 fois plus au premier semestre 1971 qu'en 1970. Soit une multiplication par un coefficient 15, de 1969 au début de 1971.

Ces chiffres nous ont paru tellement surprenants que nous les avons vérifiés et confirmés par une autre méthode, à savoir la comparaison service de Chirurgie par service de Chirurgie, du nombre de dossiers correspondant à ces rubriques dans les listes semestrielles, figurant dans tous les services d'archives, du 1er semestre 1970 et du 1er semestre 1971.

Ceci paraît fort inquiétant si l'on ne tient pas compte des facteurs d'atténuation:

- Les victimes d'agression ne représentent qu'une petite part de l'activité des services de Chirurgie.
- Peut-être, l'augmentation de la capacité d'accueil des services de Chirurgie envisagés et l'hospitalisation préférentielle des victimes d'agression dans les Hôpitaux de l'Assistance Publique expliquent-elles en partie ce phénomène croissant.
- Il est de même certain que depuis 1971 avec le double codage des "accidents..." selon leur nature et selon leur étiologie, il a été enregistré davantage de victimes d'agression. Les chiffres du 1er semestre 1971 correspondent à peu près au recrutement réel et ceux de 1969 et 1970 ont pu pêcher par défaut, ce qui aggrave l'impression fâcheuse d'une augmentation de la criminalité : le coefficient 15 serait ainsi nettement supérieur à la réalité.

Il reste tout de même qu'il existe au début de 1971 100 séjours pour des suites d'agressions sur les 6 470 séjours semestriels. Soit en moyenne 4 agressions par semaine, assez graves pour susciter une hospitalisation en Chirurgie, et ceci dans le cadre des services envisagés seulement.

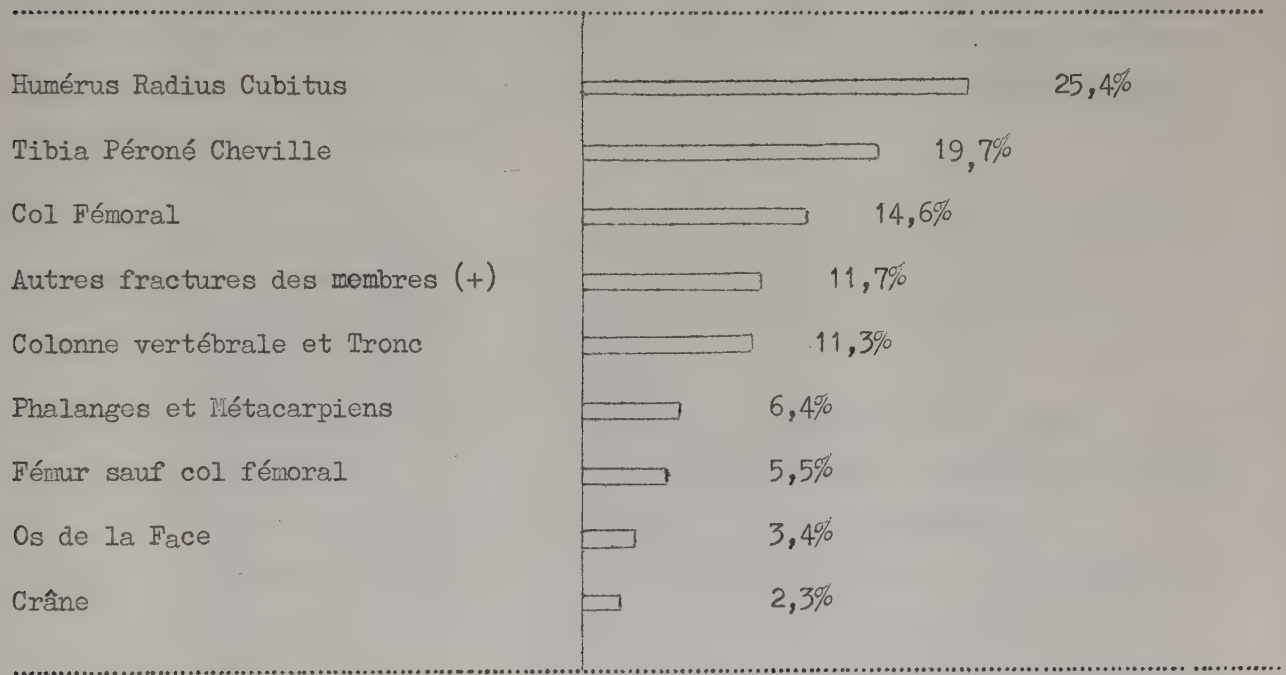
Ces séjours sont dix fois plus fréquents que ceux pour suicide, presque aussi nombreux que les séjours pour cancers coliques par exemple, et représentent le dixième du nombre de séjours pour diverses fractures.

Peut-être ne sommes nous jamais sortis, sans le savoir, du bain où règnent la vengeance instinctive, l'arbitraire, la terreur, et les meurtres en chaîne. Mais l'agressivité sommeillant en chacun d'entre nous, si l'opinion publique croit devoir résoudre de plus en plus les problèmes relationnels conflictuels en les simplifiant à la mesure de ses instincts, d'ici une dizaine d'années l'on craint fort de ne se retrouver dans la même situation qu'à New-York, et qu'il y aurait lieu de longuement réfléchir avant de sortir la nuit dans certains quartiers. Cette constatation pose le problème de la sécurité collective.

b- traumatologie

Parmi les traumatismes, les fractures tiennent une grande place. Elles représentent 17,8% des séjours hospitaliers, c'est à dire le quart des traumatismes divers, presqu'autant que de "maladies de l'appareil digestif" (tumeurs digestives non comprises) et six fois plus que de luxations entorses et foulures.

Les diverses localisations sont ainsi représentées (cf Tableau XI)



(+) il s'agit de fracture de la clavicule, de l'omoplate, du carpe, des côtes, du sternum, de la rotule, du tarse, du métatarse et de siège non précisé.

Il y a surtout des fractures des membres, ce qui est normal. On relève davantage de fractures des trois os longs du membre supérieur que de fractures de la jambe et de la cheville. Mais moins de fractures de l'humérus du radius et du cubitus réunies que de fractures des trois os longs du membre inférieur.

On note plus de fractures du fémur (fracture du col du fémur y comprise) que de fractures des deux os de la jambe; mais trois fois et demie de plus de fractures des deux os de la jambe réunies que de fractures du fémur sans compter les fractures du col fémoral qui constituent 70% des fractures du fémur dans leur ensemble.

Les fractures du crâne et des os de la face sont peu fréquentes comparativement.

Par contre il est bien connu qu'un grand nombre de Traumatisés du crâne hospitalisés en Chirurgie sont sans fracture des os du crâne. Les traumatismes du crâne , dont seulement 11,6% avec mention de fracture des os du crâne, représentent 9% des séjours hospitaliers, c'est à dire par comparaison la moitié de l'ensemble des séjours pour des fractures diverses. Ils ont augmenté en 1970, puis diminué au premier semestre 1971 en dessous des chiffres de 1969, de manière significative. Nous en avons calculé 2 240 au total

Signalons que pendant la même période, dans les services de Médecine du système E.C.O, on note 204 séjours pour traumatismes crâniens, dont 8,9% avec fractures des os du crâne, sur un total de 48 394 séjours, donc une proportion infime de l'activité des services de Médecine du système, et environ dix fois moins de Traumatisés du crâne hospitalisés en Médecine qu'en Chirurgie, dans le système E.C.O.(cf Tableau XIII)

Nous ne sommes pas sans remarquer la grande fréquence des fractures recensées en maladies associées:

- 53% pour les fractures des os de la face
- 49% pour les fractures du crâne
- 33% pour les fractures de la colonne vertébrale et du tronc
- 24% pour les fractures regroupées dans " autresfractures des membres "
- 18% pour les fractures des phalanges et des métacarpes
- 15% pour les fractures du fémur autres que celles du col fémoral
- 13% pour les os longs du membre supérieur et de la jambe.

Elle illustre l'obligation de considérer a priori tout traumatisé comme un polytraumatisé jusqu'à la preuve du contraire.

Il est important d'inventorier avec précision les différentes lésions, non seulement osseuses,mais encore viscérales, non seulement pour l'établissement des certificats médicaux descriptifs initiaux d'intérêt médico-légal, mais surtout encore pour des problèmes de primauté des soins, afin que le patient puisse bénificier de soins "consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science".

L'étude comparative année par année a permis de constater que les fractures dénombrées en Chirurgie sur les séjours hospitaliers diminuent en pourcentage progressivement. Elles représentent 19,3% des séjours en 1969, 18,2% en 1970, et n'atteignent plus que 12% au premier semestre 1971, accusant une régression de 38% de 1969 au début de 1971.

Certaines variétés de fracture n'ont pas varié de manière incompatible avec les fluctuations dûes au hasard, tel est le cas des fractures de la colonne vertébrale et du tronc, des fractures du crâne, des fractures du fémur autres que celles du col fémoral, des fractures de la jambe et de la cheville.

En revanche, il se dégage une diminution significative des fractures des os de la face, des fractures de l'humérus du radius et du cubitus, des fractures des phalanges et des métacarpiens, ainsi que de l'ensemble des fractures regroupées dans la rubrique "autres fractures de membres".

Dans le même ordre d'idée, certains traumatismes tels que les luxations entorses et foulures, les traumatismes internes du thorax de l'abdomen et du bassin ne semblent pas avoir varié dans leur recrutement. Par contre il existe une diminution du recrutement en lésions de la main (déchirure, plaie, traumatisme superficiel, contusion, écrasement)

Quant aux fractures du col du fémur, après une augmentation en 1970, elles deviennent moins fréquentes au premier semestre 1971 qu'en 1969. Une telle modification a pu être également être notée pour les traumatismes intracrâniens, nous l'avons dit.

La diminution globale du recrutement de Traumatologie est d'autant plus étonnante que parallèlement on remarque un accroissement du nombre de lits en Orthopédie-Traumatologie à partir de 1970.

On ne peut dire qu'il y a une diminution de la Traumatologie en France, bien au contraire, ni dans la région parisienne.

Cette constatation prête matière à réflexion.

Le nombre accru d'accidents de la voie publique a pu inciter les hôpitaux de la périphérie de Paris à s'équiper en conséquence pour se transformer en centre de Traumatologie moderne. Ils draineraient ainsi les accidentés que les services de secours emmèneraient au plus près, faisant un premier obstacle au ravitaillement en traumatisés des Hôpitaux parisiens de l'Assistance Publique plus centraux.
La désertion des fonctions de cadre plein temps hospitalo-universitaire, permanent mais surtout temporaire, a certainement favorisé l'installation de spécialistes en ville et à proximité de Paris dans des cliniques en mesure de recevoir les urgences orthopédiques, elles entreprennent d'accroître leur recrutement en matériel potentiellement riche en K opératoires, moyennant quelques avantages matériels aux ambulances qui travaillent en collaboration avec.

Cette diminution du recrutement en Traumatologie dans les services de chirurgie va sans doute de pair avec une augmentation d'activité en ce qui concerne l'Orthopédie froide, plus difficile, domaine encore réservé aux Hôpitaux Publics, et sans doute, faut-il le prévoir, une recrudescence en traumatologie de seconde main.

c- chirurgie digestive et chirurgie courante (cf Tableau IX et X)

Par opposition, le recrutement en affections digestives et viscérale courante marque une tendance à l'augmentation.

Augmentation des séjours pour tumeurs malignes du tube digestif plus sensible en 1970, qu'au premier semestre 1971 par rapport à 1969, de façon significative.

Ces tumeurs malignes digestives constituent 5,2% des séjours, au total. Les tumeurs malignes coliques sont les plus fréquemment rencontrées (1,45% des séjours). Il n'y a pas de modification sensible du nombre de séjours pour ce type de cancer en Chirurgie, contrairement à ce qui est constaté dans les services de Médecine du système(cf Tab XIII) . Les tumeurs malignes rectales et recto sigmoïdiennes, 1,20% des séjours, présentent une fréquence accrue, dans les services de Chirurgie. Etant donné la plus grande fréquence réelle de ce type de cancer que de cancer colique, cela suppose un recrutement plus important de ce type de tumeurs malignes. Les cancers gastriques, 1% des séjours, ne représentent pas la majorité des cancers digestifs rencontrés. Le recrutement en cancers gastriques n'a pas changé. Si on pense que presque tous les malades porteurs de cancer gastrique font à un moment donné un séjour en Chirurgie, et qu'il existe en même temps une diminution significative du recrutement en Médecine de ce type de cancer, on sera incliné à dire à tort que les cancers gastriques se raréfient.

Augmentation significative également du nombre de séjours pour appendicites, pour hernies, et pour lithiases biliaires-cholècystites. Ce fait étonnant est progressif, depuis 1969. Ces affections représentent 9,8% des séjours dans leur ensemble, soit près du double des séjours pour cancers digestifs.

Nous reproduisons ici les pourcentages par rapport aux nombres de séjours totaux de l'année ou du semestre.

	1969	1970	1971 (1er sem.)
Appendicites	2,64%	3,48%	4,02%
Hernies	2,70%	3,25%	3,88%
Lithiase biliaire et cholécystite	2,78%	3,34%	3,77%

Cette constatation pour nous inattendue nous a encore amené à faire des vérifications service par service dans la liste D des services d'archives. Nous avons constaté que cette augmentation est réelle mais inégale d'un service à l'autre.

On pourrait penser que les vicissitudes, les manies et les rites contraignants auxquels il faut se soumettre, le relent d'une mentalité figée dans des formules vidées de leur contenu, l'archaïsme du fonctionnement de l'administration hospitalière seraient susceptibles de décourager les malades, désemparés, au caractère aigri par leur souffrance, aux exigences multiples, contradictoires et égoïstes et les inciteraient à s'adresser à des organismes privés ou mutualistes pour cette chirurgie courante.

Au contraire, on enregistre une hausse du recrutement en Chirurgie viscérale habituelle. Elle peut être sans doute le témoin du prestige, de l'image de marque des services de Chirurgie des Hôpitaux Publics. Elle nous semble liée à un certain nombre de facteurs: recrutement personnel des chirurgiens à temps plein, locaux entièrement neufs ou modernisés concurrentiels sur le plan hôtelier, absence de concurrence par des Cliniques privées avoisinantes. Ces facteurs sont d'ailleurs liés entre eux.

On note aussi une tendance à l'augmentation du recrutement:

- des cirrhoses du foie en chirurgie, probablement avec hyperpression portale nécessitant une dérivation porto-cave. 41% de ces cirrhoses sont classés dans les maladies associées, sans doute de découverte systématique par biopsie hépatique. Signalons leur faible mortalité relevée.
- des ulcères gastro duodénaux; la maladie ulcéreuse représente 2% des séjours. Il existe près d'un quart de plus d'ulcères duodénaux que d'ulcères gastriques, et près de 10% de ces ulcères en maladies associées.
  L'on sait que l'existence d'un terrain ulcéreux peut changer les plans thérapeutiques éventuellement.
  Habituellement 70% des ulcères siègent sur le duodénum. En remarquant qu'il n'y a pas tellement plus d'ulcères duodénaux recensés en Chirurgie que d'ulcères gastriques, on est amené à confirmer une notion connue: l'ulcère gastrique conduit le malade au chirurgien plus souvent que l'ulcère du duodénum. En effet l'ulcère duodénal en liaison souvent évidente avec un terrain neurotonique, est justiciable d'un traitement médical, sans pour cela échapper toujours à la Chirurgie.
- des occlusions; le quart de ces occlusions sont inscrites avec hernie. Il est de règle clinique de palper les orifices herniaires d'un sujet occlus. Mais cette rubrique ne permet pas d'incriminer forcément un étranglement herniaire dans

l'arrêt du transit intestinal. Le problème des faux étranglements herniaires ne doit pas faire atténuer l'attitude plutôt interventionniste dans la mesure du possible sur des hernies à froid, dont on peut constater le faible taux de mortalité.

. des maladies du pancréas avec une hausse significative pour les pancréatites dénombrées.

. des entérites chroniques, des colites ulcéreuses, augmentation du simple au triple à partir de 1970.

. des affections aigües ano-rectales, du simple au double de 1969 à 1970.

. des hémorroïdes , doublées à partir de 1970.

. des entérites et autres maladies diarrhéiques, des maladies autres de l'intestin et du péritoine, des gastrites, des autres maladies de l'estomac, du duodénum et de l'oesophage.

Les affections digestives représentent, après la traumatologie, une part importante de l'activité en Chirurgie.

L'inflation de maladies digestives chirurgicales est en partie explicable par l'augmentation du nombre de lits budgétaires de Chirurgie Générale depuis 1970. Mais ce retentissement est dû selon toute vraisemblance à l'existence d'une tendance très nettement digestive de certains services de Chirurgie Générale du système, comme nous avons été amenés à constater dans l'examen des listes semestrielles des archives.

L'augmentation apparente du recrutement en Chirurgie viscérale digestive et courante ne doit pas nous faire oublier la séduction indéniable des malades devant la forme pratique des organisations privées mutualistes sur le plan financier, et devant des considérations hôtelières. Il apparaît que des Hôpitaux Publics ayant des ressources de réanimation importantes, des laboratoires bien outillés, des internes de garde nommés au concours, un roulement de trois équipes de personnel en 24 heures au lieu de deux dans le secteur privé, se voient boudés par les malades simplement parce que les malades préfèrent connaître à l'avance le jour et l'heure de leur intervention, n'entrer que la veille au soir avant l'opération, recevoir des visites toute la journée, avoir une sonnette individuelle, éviter les salles communes, et la mentalité hospitalière. Problèmes de détails, problèmes de psychologie qui ont leur importance. Sans se dissimuler le fait que des rénovations sont d'autant plus souhaitables qu'elles vont de pair avec un effort d'organisation à inscrire dans la lutte contre la déshumanisation en Chirurgie, on peut se poser la question de savoir comment varie le recrutement de l'ensemble des services de Chirurgie de l'Assistance Publique, en Chirurgie courante.

d- gynécologie (cf Tableau IX et XII)

Dans les services considérés, où il n'y a pas de services à proprement parler de Gynécologie, on dénombre presqu'autant de tumeurs bénignes que de tumeurs malignes génitales féminines.

Notons qu'il y a deux fois plus de cancers du sein que de cancers de l'appareil reproducteur; autant de cancers du col utérin, que de cancers du reste de l'utérus;et presqu'autant de cancers ovariens; moins de tumeurs bénignes ovariennes que de tumeurs bénignes utérines; près de trois fois plus de tumeurs bénignes de l'utérus que de tumeurs malignes et trois fois et demie de plus de tumeurs bénignes de l'ovaire que de tumeurs malignes.

Mais surtout il existe un contraste entre la diminution significative du recrutement en cancers génitaux de la femme et la tendance non significative à l'augmentation du recrutement en tumeurs bénignes génitales féminines.

Il est peu vraisemblable que ces cancers soient en régression. On ne peut guère mettre cette diminution du recrutement en cancers génitaux de la femme sur le compte du caractère déroutant de la personnalité féminine.

On serait tenté de croire que les femmes donnent leur préférence plutôt au chirurgien gynécologue, cependant on explique mal le recrutement pratiquement sans changement en tumeurs bénignes.

Sans doute la difficulté d'extirpation élargie de ces cancers, mieux connue du public, pousse-t-elle les malades à se remettre dávantage aux mains des spécialistes en cancers génitaux de la femme. Car on ne peut croire que les tumeurs malignes des organes génitaux de la femme aient pu bénificier d'autres méthodes thérapeutiques exclusives. La chirurgie demeure incontestablement l'essentiel de leur traitement.

Nous notons par ailleurs une augmentation significative des maladies du sein, des prolapsus génitaux et des accidents du post partum.

Non sans étonnement, nous relevons la forte proportion, de plus de 75%, de rétention placentaire parmi les accidents du post partum. Le nombre de rétention placentaire va croissant. Leur nombre absolu est multiplié par 6 de 1969 à 1970, et par 2 de 1970 au premier semestre 1971: c'est à dire par un coefficient 12 de 1969 au premier semestre 1971. Ceci a pu être vérifié sur la liste D semestrielle des services d'archives centralisées.

Une partie de ces rétentions placentaires serait-elle classée par "erreur" au lieu de l'être dans les complications du post abortum?
Faut-il croire qu'on n'attend plus la délivrance naturelle ? ou que le placenta n'est plus systématiquement inspecté après son expulsion ? Peut-on craindre qu'il existe davantage de retentions placentaires, si l'on considère l'absence de maternité ouverte dans le système? Nous ne saurions répondre avec certitude.

Les soins d'hygiène, l'usage approprié des ovariostatiques ont pu être probablement à l'origine d'une diminution significative du nombre de séjours pour troubles de la menstruation et des avortements en Chirurgie. Nous avons compté 1 056 avortements en deux ans et demi, c'est à dire environ huit par semaine en moyenne, 264 fois plus que les rétentions placentaires du post partum, et 3,84% des séjours totaux. Il est curieux de noter un nombre non négligeable de séjours en Chirurgie pour troubles de la menstruation (792 ou 2,88% des séjours totaux), c'est à dire menstruation absente, insuffisante, excessive, douloureuse, fréquente, irrégulière, prolongée, rare, retardée, supprimée, vicariante, à côté des métrorragies, des ménométrorragies, des hémorragies utérines dites "fonctionnelles".

Nous avons noté également une baisse du nombre de séjours pour salpingite et ovarite en 1970, qui n'est pas dûe au simple hasard, et une régression du nombre de séjours pour des maladies infectieuses de l'utérus.

e- Un certain nombre d'autres faits méritent d'être signalés:

= On serait tenté d'attribuer à l'ouverture du service d'Urologie à Henri Mondor l'augmentation significative des "hypertrophies prostatiques", des "calculs urinaires" inventoriés, et la tendance à l'augmentation du recrutement en sténose de l'urêtre. Mais cette augmentation a commencé dès 1970, avant même l'ouverture de ce service.

= L'ouverture du service de Neuro-Chirurgie en septembre 1970 expliquerait l'augmentation du nombre de séjours pour sciatique, épilepsie, et d'affections du disque intervertébral, ceci de manière significative.

= La diminution significative du nombre de séjours pour tuberculose, quelque soit la localisation, peut être le témoin de l'efficacité des mesures d'éradication de cette affection, tant par les mesures prophylactiques rendues obligatoires en France, que par l'usage d'antibiotiques anti-tuberculeux spécifiques. Nous remarquons que 23% des cas dénombrés sont catégoriés en maladies associées. Le même pourcentage est retrouvé dans les services de Médecine du système E.C.O, peut-être grâce aux efforts comparables de dépistage de cette affection.

= La Chirurgie du goître s'est accrue: on note en effet une augmentation du nombre de séjours pour des goîtres non toxiques et des cas de thyréotoxicose.

= Le nombre de séjours pour cancers des voies respiratoires a plus que doublé de 1969 à 1970.

DISCUSSIONS GENERALES

A- LA CLASSIFICATION O.M.S. (1)

Nous avons fait au cours de ce travail des remarques sur la liste D de la Classification Statistique des Maladies de l'O.M.S, qui est prévue à l'usage des hôpitaux et non pas à l'usage des services de Chirurgie, selon chacune des disciplines chirurgicales.

Sans prétendre à la perfection, cette liste des trois cents rubriques permet toutefois une étude valable sur la mortalité et la morbidité en Chirurgie.

Si on peut regretter la façon de regrouper les différentes affections, il est toujours possible d'interroger l'ordinateur, (en se basant sur les codifications détaillées de la Classification de l'O.M.S) qui sort les références des dossiers intéressés. Et il reste à entreprendre une étude plus précise, s'il en est besoin, avec l'accord des chefs de service auxquels appartiennent les dossiers. Il nous a été donné l'occasion de poser des questions à l'ordinateur pour la vérification d'un certain nombre de faits; mais volontairement nous nous sommes privés de renseignements précis en nous contentant de documents anonymes du S.E.T.I, ne voulant pas consulter les dossiers médicaux des différents chefs de service de Chirurgie sans leur assentiment. Pour un certain nombre de résultats singuliers, une étude plus précise pourrait être faite sous la direction des chefs de services intéressés.

Il faut comprendre que la Classification des maladies de l'O.M.S représente une base commune de classement, visant à faciliter l'étude des phénomènes morbides sous une forme comparable, aussi bien pour les bureaux de statistiques démographiques, pour les hôpitaux de différents types, pour les services de santé militaire que pour les organismes d'assurances sociales et d'enquêtes médicales.

Cette classification reflète la pathologie mondiale et non la pathologie française. Ce qui fait que la répartition des chapitres n'est pas celle qu'on s'attendrait à trouver pour des statistiques sanitaires nationales.

L'intérêt d'une classification se passe de commentaire: fondamentale pour l'étude quantitative de tout phénomène, reconnue comme méthode de base de toute généralisation scientifique, la classification est l'élément essentiel au point de vue méthodologie statistique. " La statistique est essentiellement une science de classement " (W. Farr)

Il faut se garder de se laisser prendre par la confusion entre le but d'une Classification Statistique avec celui d'une Nomenclature Médicale. Alors qu'une Nomenclature Médicale peut être comprise comme un catalogue extensible, de termes spécifiques, agréés pour la description et l'enregistrement d'observations cliniques et pathologiques, catalogue suffisamment étendu afin que chacun des

différents états pathologiques puisse être exactement enregistré par une désigna tion spécifique, la Classification Statistique permet de fournir des renseigne- ments quantitatifs susceptibles de répondre à des questions concernant des groupes de cas, et doit se limiter à un nombre restreint de rubriques choisies, tout en englobant la totalité des états morbides.

Les diverses rubriques de la Classification O.M.S représentent en fait, une série de compromis nécessaires entre les Classifications basées sur l'étiolo gie, la localisation anatomique, l'âge, les circonstances de début de la maladie, ainsi qu'entre les diverses qualités de renseignements susceptibles d'être recueil lis dans les observations médicales exploitées.

Chacune des rubriques comporte des termes bien définis dans la table ana- lytique. Mais est-il besoin de préciser que la décision des termes à placer dans les rubriques s'était révélée fort laborieuse. Il est pratiquement du domaine de l'utopie que de concevoir le projet d'imposer un language spécial et précis aux médecins. Formés à des époques différentes, dans des écoles différentes de Médeci ne, ceux-ci en gardent le reflet dans l'utilisation d'une terminologie très hété rogène, prêtant parfois à des confusions: certaines maladies ont pu être dési gnées par des termes différents; le même terme s'applique parfois à des affec tions différentes; des noms vagues, ou inappropriés ont été utilisés...

La standardisation du language en Médecine devrait cependant être comprise comme d'une importance aussi grande que celle des poids et mesures dans les sciences physiques (W. Farr).

Nous parlons de Classification Statistique. Bien entendu, il y a de nombreuses façons de classer les maladies, selon que l'on considère l'être humain comme un assemblage de parcelles, objets de diverses études quant à la morphologie, la physiologie, la pathologie, les moyens d'investigations et la thérapeutique.

L'être humain peut être considéré (14):

= d'abord comme de la matière avec des constantes physiques dont les anomalies peuvent faire l'objet d'une classification: poids, taille, température, densité...
= comme un agglomérat de particules chimiques qui laissent entrevoir une classifica- tion d'après les perturbations des critères chimiques.
= comme un édifice construit de cellules vivantes, regroupées en tissus. La patho logie cellulaire et tissulaire peut faire l'objet d'une classification.
= comme un ensemble d'organes : on retrouve ici la classification traditionnelle de la pathologie : infection, tumeur, ulcération, dégénérescence, dysfonctionne ment, troubles mécaniques.
= l'être humain peut être étudié dans des circonstances particulières, aux diffé rents âges de la vie, au cours du sommeil, ou avec des handicaps physiques.

= Son mode de vie et son activité peuvent faire l'objet d'une classification: sports, moyens de transport, environnement, profession, incidences de climat de certaines régions, du contexte.

= Ses rapports avec d'autres hommes, ainsi le problème de la famille, des mouvements de population, de cataclysmes, de guerres.

= Et la mort qui a, elle aussi, son diagnostic, ses mécanismes, ses formes cliniques. Ici prend sa place l'étude des momies.

Chaque type de classification dépend du point de vue où l'on se place. Aucune classification de maladies ne donne toute satisfaction et n'importe quelle classification sera sujette à critique, car ne pouvant guère satisfaire à toutes les exigences.

B- LE PROBLEME DES CONSULTANTS

Les résultats ici ne concernent que des malades hospitalisés, et risquent de donner une fausse image des services de Chirurgie.

Pourtant on n'ignore pas l'intérêt des consultants externes (15). Ils permettent d'avoir une meilleure idée d'ensemble des types de maladies s'adressant à la Chirurgie, et de tirer les conséquences comptables et managériales de l'activité médicale par l'administration.

L'ordinateur s'applique aux grands nombres et les malades hospitalisés ne sont pas des malades privilégiés.

Mais il n'y a, à l'évidence, aucune mesure commune, entre une consultation d'urgence et une consultation sur rendez-vous dans un service très spécialisé.

En se limitant aux consultations spécialisées, il faut adopter pour une exploitation rationnelle, une procédure particulière, en envisageant le dossier du consultant au terme de la série de consultations, lorsque le diagnostic devient établi à la lumière des éléments cliniques, évolutifs, et des données des examens complémentaires.

Alors quand passer en séance de revision, le dossier de tel ou tel consultant? car il peut s'agir de consultation isolée, épisodique ou en série. C'est un domaine de recherche méthodologique.

Il faudra aussi se libérer, un jour, de la conception classique de la recherche clinique et donner une place de choix aux méthodes d'aide au diagnostic, dont la mise au point repose sur une étude très poussée de l'épidémiologie de chaque signe des différentes maladies, comparée à la répartition de ces signes dans le reste de la population.

L'attention mérite d'être attirée sur un domaine encore négligé, celui de la recherche méthodologique qui devrait se développer parallèlement à la recherche pédagogique.

L'informatique a obligé de repenser la méthodologie traditionnelle, à en faire une étude critique. C'est un domaine aussi intéressant que celui de la recherche clinique habituelle, dont les résultats sont d'autant meilleurs qu'elle s'appuiera sur une méthodologie rigoureuse et bien comprise.

En définitive, la Centralisation des Archives Médicales est une innovation heureuse, qui s'avèrait nécessaire à partir du moment où l'on comprend l'importance de l'exploitation de la mine de renseignements que renferment les dossiers médicaux, dans l'intérêt de tous.

Il ne faut pas considérer le malade comme un dossier médical uniquement, mais il faut que les dossiers puissent être utiles dans l'immédiat, au malade en premier lieu, ainsi qu'à tout travail ultérieur.

Cette centralisation témoigne d'un grand effort de l'administration à essayer d'harmoniser sa modernisation. Elle fait appel au merveilleux outil informatique pour une meilleure disposition des informations recueillies et d'en tirer parti dans un temps suffisamment court. Sans doute faut-il aussi promouvoir une politique générale de dossiers formalisés dans les différents hôpitaux (16).

La mise au point d'une technique de travail, dont nous avons fait état, est une chose indispensable. Elle a l'intérêt de permettre d'introduire des changements sans trop rompre brutalement avec les anciennes habitudes des services, sans tout bouleverser. Ce problème psychologique est important.

Eplucher, dépouiller les dossiers de malades sortis, un à un, afin d'en tirer la substance essentielle provoque certes un surcroit de travail au praticien hospitalier, déjà pris par la triple fonction de clinique, de recherche et d'enseignement qui lui incombe. Mais il faut dire aussi que les séances de revision de dossiers existent déjà dans bien des services, avant même l'essai d'une centralisation des archives médicales. Et ce travail, malgré son côté astreignant, n'est pas sans être fructueux.

Car il faut mettre en exergue un problème crucial à notre époque, celui de la documentation du médecin. Après avoir bénificié de l'enseignement magistral, écoutés les conseils avisés des maîtres, et acquis une petite expérience personnelle, le praticien est confronté avec le problème mouvant de la médecine et constate la fragilité des conclusions basées sur ses "impressions" et celles de son entourage. Il doit tirer son enseignement des publications, dont le volume extraordinaire exclut toute possibilité de les toutes parcourir, ne serait-ce qu'une seule fois, et des observations de malades auprès desquels il est appelé à prodiguer des soins. S'organiser pour mettre à profit au maximum ce qu'on a l'occasion de constater devient une nécessité à laquelle il faut se plier. Ce travail est un des aspects

de l'exploitation des dossiers.

Pour l'archiviste, cette méthode de travail facilite la mise en ordre des documents dissemblables afin d'y voir clair, et les rend rapidement, facilement accessibles à tout moment.

Bien sûr, l'option qui consiste à considérer le dossier médical actuel comme un document à analyser, peut être une fin en soi. Mais elle peut aussi représenter une étape vers une autre option, idée caressée par les informaticiens : intégrer entièrement le dossier dans l'automation hospitalière (4), avec le recueil direct dans l'ordre chronologique, des éléments d'informations élémentaires, sur la mémoire de l'ordinateur (données de l'examen clinique, des examens complémentaires, étapes évolutives...). Le dossier serait potentiel dans la mémoire de l'ordinateur et pourrait être matérialisé, à la demande, sur un terminal, en language clair,(sur écran cathodique ou sur machine à écrire) .

Cela suppose un ordinateur muni d'autant de terminaux qu'il y a de services hospitaliers susceptibles de collecte et de demande d'informations, et surtout un recueil d'informations rigoureux, sans ambiguité, en les sélectionnant et les validant toutes, au préalable. Cela signifie la suppression des supports d'informations en papier habituels, la fin de l'observation médicale par l'étudiant hospitalier; et le service d'archives servirait essentiellement au rangement de documents tels que les clichés de radiographie, diapositives... L'hôpital dans cette optique serait une banque d'informations médicales.

En tout cas, les structures actuelles d'exploitation des archives étaient conçues suffisamment élaborées et suffisamment souples pour être à même de fonctionner dans d'autres hôpitaux et de fournir des renseignements plus précis sur l'aspect médical de l'hospitalisation, sur la mortalité et sur la morbidité de la population hospitalière, facilitant la recherche des documents selon des critères précis.

Les chiffres que nous soumettons à l'analyse sortent des calculatrices électroniques en langague clair. Les quelques fautes d'orthographe sont sans grande importance. Nous les avons reproduits tels qu'ils sont.

Les tableaux qui suivent et les calculs divers ainsique les calculs de $\chi 2$ ont été faits selon la manière traditionnelle.

Les données du S.E.T.I sont sans discussion possible. Les chiffres étant ce qu'ils sont d'après le fichier magnétique.

On pourrait toutefois être tenté de faire mettre au point des programmes qui permettraient de faire systématiquement le total des séjours dans chaque rubrique et d'en exprimer le pourcentage par rapport au nombre de séjours de l'année, d'indiquer le pourcentage de maladies associées dans chaque rubrique, de donner la valeur du $\chi 2$ en considérant les chiffres d'une même rubrique d'une année à l'autre, voire de dissocier certaines rubriques de la liste D et de les regrouper différemment pour

l'usage des services de Chirurgie, de Médecine séparément. Ce travail n'est certainement pas irréalisable.

Notre étude statistique ici est loin d'atteindre la perfection idéale et il serait, à l'avenir plus profitable encore, de confier la manipulation des chiffres à des statisticiens chevronnés, qui connaissent tous les secrets et toutes les astuces dans l'analyse des données numériques; puis ensuite d'essayer d'en tirer les arguments afin de prévoir les conséquences pratiques utiles - qu'elles soient d'ordre médical ou administratif.

L'étude de la mortalité et de la morbidité en Chirurgie est intéressante, non seulement au point de vue médical, mais aussi au point de vue organisation sanitaire: il importe à l'administration hospitalière de suivre le recrutement des services pour améliorer l'organisation, prendre les mesures adéquates, mieux répar tir les moyens en fonction des secteurs d'activité.

A côté du souci premier de donner des soins aux malades, adaptés à leur état et dans les meilleures conditions, les réalités économiques doivent être rap pelées : l'hôpital joue un rôle majeur dans la politique de santé et l'hospitali sation constitue une activité économique, dont les dimensions la font rentrer dans le cadre d'une véritable industrie.

CONCLUSION

Etant donné le caractère imprécis et peu satisfaisant des statistiques sanitaires existantes, et grâce à la possibilité d'utiliser le système E.C.O des Archives Médicales Centralisées de l'Assistance Publique à Paris, nous avons entrepris une étude sur les causes de mortalité et de morbidité, dans quatorze services de Chirurgie, pendant les années 1969, 1970 et le premier semestre de 1971, étude faite avec le concours du S.E.T.I.

Elle porte sur 27 474 séjours hospitaliers, et a permis les constatations suivantes.

I-En ce qui concerne la mortalité en Chirurgie:

A- La répartition des 987 décès se fait ainsi: 28% par "tumeurs"; 23% par "symptômes et états morbides mal définis"; 16% par "maladies de l'appareil digestif"; 16% par "maladies de l'appareil circulatoire"; 10% par "accidents empoisonnements et traumatismes"; 7% d'autres affections définies.

B- A l'intérieur de ces différents groupes, nous notons quelques chiffres intéressants:

1. décès par tumeurs: 98% par tumeurs malignes
   66% par tumeurs malignes digestives, avec un plus grand nombre par cancer colique (52 décès) que par cancer gastrique (32 décès).
   4,5% par tumeurs malignes des organes génitaux de la femme

ces proportions respectives s'expliquent par l'absence de services de Gynécologie et la tendance digestive des services de Chirurgie Générale.

2. décès par maladies digestives:

= 28% par affections hépatiques et biliaires (dont seulement un quart par lithiases biliaires et cholécystites, au taux de mortalité faible: 1%)

= 21% par "péritonites" (dont la mortalité paraît épouvantable :50%, si on ne sait pas que cette rubrique ne regroupe ni les péritonites appendiculaires, ni les péritonites par perforation d'ulcère gastro-duodénal, ni les péritonites pelviennes de la femme, bien entendu moins mortelles).

= 19,5% par occlusion dont la mortalité marque une petite tendance à l'augmentation progressive.

= 17% par pancréatite qui donne l'impression d'une bénignité apparente relative par comparaison avec les "péritonites".

= 11% par ulcères gastro-duodénaux.

3. décès d'origine cardio-vasculaire:

= 33% par accidents vasculaires cérébraux soulignant le risque du traitement anti-coagulant et de l'anesthésie chez le vieillard surtout.

= 17,8% par emboliesetinfarctus pulmonaires, qu'il faut essayer de faire régresser par une politique de prévention, de dépistage et de traitement précoce.

= 9,8% par infarctus du myocarde, deux fois moins fréquent que les décès par emboliesetinfarctus pulmonaires.

4. décès par accidents empoisonnements et traumatismes:

Une proportion appréciable (40%) par complications des actes chirurgicaux et des soins médicaux.

C- Il s'accuse une diminution significative:

d'une part, du nombre de décès par "accidents, empoisonnements et traumatismes" au premier semestre 1971, par rapport aux deux années précédentes
(39 décès en 1969, 42 en 1970, et 12 au premier semestre 1971)

d'autre part du nombre de décès concernant les "symptômes et états morbides mal définis" en 1970, au premier semestre 1971 par rapport à 1969
(104 décès, 30,4% des décès de 1969; 78 décès, 18,4% des décès de 1970; 47 décès, 21,1% des décès du premier semestre 1971)

II-La fréquence croissante des maladies associées inventoriées,
(18% des séjours en 1969, 34% de 1970, 52% du premier semestre 1971), paraît en rapport avec une amélioration du système de codage, et sans doute avec des bilans pré-opératoires plus poussés des malades.

III-En ce qui concerne la morbidité en Chirurgie

A- Dans la répartition globale, il y a:

43,8% des séjours pour "accidents empoisonnements et traumatismes"

19,7% pour "maladies de l'appareil digestif"

11,8% pour "tumeurs"

6 fois plus de "maladies de l'appareil circulatoire" que de "maladies de l'appareil respiratoire"; mais il faudrait distinguer dans ces affections, ce qui est maladies associées ou formes pseudo-chirurgicales, de ce qui est surtout complications post-opératoires.

B- En prenant en considération les rubriques de la liste D, une à une nous avons pu remarquer certaines choses:

= un fait troublant, il s'agit de l'augmentation des séjours pour des suites d'agression corporelle, dont le nombre est multiplié par un coefficient 15 de 1969 au premier semestre 1971.

= en ce qui concerne les accidents divers en tous genres:

a- le quart des séjours est représenté par des séjours pour fractures (17,8% des séjours en Chirurgie), avec une forte prédominance des fractures au niveau des membres (25% sur humérus, radius et cubitus , 20% sur fémur , 19,7% sur tibia, péroné et cheville) et seulement 2,3% des fractures au niveau du crâne.

b- le nombre de séjours relevés en Chirurgie pour des traumatismes crâniens dont 11,6% avec la mention de fractures des os du crâne représente 9% des séjours en Chirurgie, et est dix fois plus élevé que celui relevé dans les services de Médecine du système E.C.O (224 séjours relevés en Médecine); il est curieux de constater à peu près la même proportion de fractures du crâne (8,9%) parmi les traumatisés crâniens hospitalisés en Médecine.

c- la grande fréquence de fractures recensées en maladies associées illustre la nécessité de considérer a priori les traumatisés, sans aucune exception, comme des polytraumatisés jusqu'à la preuve du contraire.

= nous avons remarqué:

. une diminution progressive, significative, du recrutement en traumatologie durant la période envisagée (de 38% de 1969 au premier semestre 1971),

. Une augmentation du recrutement en Chirurgie digestive et en Chirurgie courante, significative pour les cancers digestifs, notamment pour les cancers rectaux et recto-sigmoïdiens; pour les maladies du pancréas; les entérites chroniques et colites ulcéreuses; les entérites et autres maladies diarrhéiques; les affections ano-rectales aigües; les hémorroïdes; de même, et contre toute attente, pour les appendicites, les hernies et les lithiases biliaires et les cholécystites.

Cette inflation est très probablement en relation avec plusieurs facteurs non indépendants: recrutement personnel, de chirurgiens à temps plein, dans des locaux neufs et concurrentiels sur le plan hôtelier, avec les Cliniques privées, ou peu concurrencés par ceux-ci.

= nous avons mis le doigt sur l'augmentation étrange du nombre de rétentions placentaires à l'intérieur du groupe des accidents du post-partum (75%). Ce nombre est multiplié par 12, de 1969 au premier semestre 1971.

= nous soulignons:

- le contraste apparent et curieux entre la diminution des séjours pour cancers des organes génitaux féminins et l'absence de modification significative du nombre de séjours pour tumeurs bénignes génitales de la femme.
- l'heureuse diminution significative des avortements et des troubles de la menstruation; l'avènement des ovariostatiques n'y est pas probablement pour rien.
- la diminution du nombre de séjours pour tuberculose, dont 23% sont inventoriés en maladies associées.
- l'augmentation significative du recrutement en Chirurgie thyroïdienne, du nombre de séjours pour hypertrophie prostatique, pour calcul urinaire, ainsi que pour les sciatiques, épilepsies, et affections du disque intervertébral, de même que pour les tumeurs malignes des voies respiratoires.

Certains faits paraîtront conformes aux notions acquises.

Nous nous sommes laissés attirer l'attention par d'autres faits qui surprendront, et n'ont pas d'explications définitives. Ils mériteraient une étude analytique des dossiers de malades correspondants, ce que nous ne nous sommes pas considérés autorisés à faire.

Loin de nous l'idée de vouloir faire des extrapolations, cette étude n'est valable que pour les services de Chirurgie, en activité, inclus dans le système E.C.O des Archives Médicales Centralisées.

On conçoit tout l'intérêt qu'il y aurait à reprendre ce même travail, d'année en année, aussi bien pour les services de Médecine que pour les services de Chirurgie, afin de suivre l'évolution des courbes de mortalité et de morbidité, dont nous n'avons fait qu'ébaucher l'orientation de Janvier 1969 à Fin Juin 1971, en Chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE

1- Manuel de Classification Statistique Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès. O.M.S. Genève 1968

2- CHEVALLIER J.& CHEVALLIER G.- Les Archives Médicales Centralisées.
(L'Hôpital et l'Aide Sociale à Paris, 1967, 48, 727-767)

3- LAUGIER A.- L'Informatique Hospitalière avant l'Ordinateur.
(Rev. Prat., 1972, 22, 1307-1316)

4- CHEVALLIER J.- Dossier Médical et Ordinateur.
(Press. Méd., 1969, 77, 452-454)

5- CHEVALLIER J.& CHEVALLIER G.- La Fiche Médicale du Malade Hospitalisé et son Exploitation en Ordinateur. Une expérience de l'Assistance Publique à Paris.
(Conc. Méd., 1969, 91, 5637-5644 ; Conc. Méd., 1969, 91, 5799-5803)

6- CHEVALLIER J.& CHEVALLIER G.- Le Thesaurus des Archives Médicales.
(L'Hôpital à Paris, 1969, 10, 409-427)

7- CHEVALLIER J.& CHEVALLIER G.- Dossiers Médicaux des Services Hospitaliers; Premiers Résultats d'une Analyse Systématique sur Ordinateur.
(L'Hôpital à Paris, 1968, 9, 47-91)

8- SCHWARTZ D.& LAZAR P.- Eléments de Statistique Médicale et Biologique.(Flammarion éd.)

9- Rapport Annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales Consacré à l'Hospitalisation.

10- Rapport au Conseil d'Administration sur l'Activité des Services de l'Assistance Publique à Paris pour l'Année 1970.

11- Prix de Revient et Statistiques d'Activité des Hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris. Année 1970, Livre1. Année 1971, Livre 1.

12- Guide pour l'Organisation des Archives Médicales à l'Hôpital.
(Association Américaine des Hôpitaux éd.)

13- COLDEFY J.M.- La Psychologie appliquée à la Chirurgie. (Flammarion éd.)

14- CHEVALLIER J.- CANDO Médicale, App. (Maloine éd.)

15- CHEVALLIER J.- Les méthodes d'Utilisation des Documents Médicaux pour la Recherche Clinique.
(Gaz. Méd., 1971, 78, 2491-2504)

16- MARTIN J.- Le Dossier Médical.
(Rev. Prat., 1972, 22, 1319-1332)